ಕ್ಷಯ

ಮೂಲ : ಪ್ರೊ. ವಿ. ಐನಿಸ್
ಅನುವಾದ : ಡಾ. ಪಿ. ಎಸ್. ಶಂಕರ್

ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಧಾರವಾಡ

ಕ್ಷಯ

ಮೂಲ : ಪ್ರೊ. ವಿ. ಐನಿಸ್
ಅನುವಾದ : ಡಾ. ಪಿ. ಎಸ್. ಶಂಕರ್

ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಧಾರವಾಡ

ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ
ನಿರ್ದೇಶಕರು : ಪ್ರೊ. ಎಸ್. ಎಮ್. ವೃಷಭೇಂದ್ರಸ್ವಾಮಿ

'KSHAYA' Kannada Translation of 'Tuberculosis' Russian Book by V. Einis; English Translation by D. Rottenberg; Kannada Translation by Dr. P. S. Shankar (Publication of the Text Book Directorate); Published by S. S. Wodeyar, Registrar, KarnatakUniversity, Dharwar; First Edition 1974; PP. XII + 284.

Published under the Centrally Sponsored Scheme for the Production of Books and Literature in Regional Languages at the University level, Government of India, Ministry of Education and Social Welfare (Department of Culture) New Delhi.

ಪ್ರಕಾಶಕರು : ಶ್ರೀ ಎಸ್. ಎಸ್. ಒಡೆಯರ,
ಕುಲಸಚಿವರು, ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಧಾರವಾಡ-೩

ಬೆಲೆ : ಸಾದಾ ಪ್ರತಿ : ರೂ. ೧೦-೦೦

ಕ್ಯಾಲಿಕೊ : ರೂ. ೧೪-೦೦

ಪ್ರಥಮ ಮುದ್ರಣ : ೧೯೭೪ ಪ್ರತಿಗಳು : ೨೦೦೦

ಮುದ್ರಕರು : ಸೋಮಶೇಖರ ಆಕಳವಾಡಿ
ಮನೋಹರ ಮುದ್ರಣಾಲಯ, ಧಾರವಾಡ

ಹಾರೈಕೆ

ಆಧುನಿಕ ಮಾನವ ಜೀವನವು ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣವಾದ ಪ್ರಗತಿಯ ಪಥದಲ್ಲಿ ಸಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಸರ್ವವಿದಿತ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಮನೋಭಾವ ಹಾಗೂ ತಾಂತ್ರಿಕ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಈ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳಾಗಿವೆ. ನೂತನ ವಿಜ್ಞಾನ ಬಿಡಿಸಿ ತೋರುತ್ತಿರುವ ವಿಶ್ವದ ರಹಸ್ಯಗಳು, ಸಾಧಿಸಿರುವ ವಿಕ್ರಮಗಳು, ಪರಿಷ್ಕರಿಸುತ್ತಿರುವ ಪರಂಪರೆಯ ಮೌಲ್ಯಗಳು, ಈ ಹೊಸ ಬಾಳಿನ ತೋರಣವಾಗಿವೆ. ವಿಶ್ವಮಾನವ ಪ್ರಜ್ಞೆಯನ್ನು ಜಾಗೃತಿಗೊಳಿಸಿವೆ. ಈ ನೂತನ ಜ್ಞಾನ, ವ್ಯಕ್ತಿಜೀವಿತಕ್ಕೆ ಬೆಳಕು ನೀಡಿ, ಜನಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮರಸ್ಯ ಮೂಡಿಸಿ ಮಾನವಕೋಟಿಯ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಾಧನೆಗೆ ಪ್ರೇರಕವಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಪಾಲಿನ ಕರ್ತವ್ಯವನ್ನು ಶ್ರದ್ಧೆಯಿಂದ ನೆರವೇರಿಸುತ್ತ ಬರುತ್ತಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾದದ್ದು.

ನಮ್ಮ ರಾಜ್ಯದ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಗಳು ಪದವಿ ಹಾಗೂ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ವಿದ್ಯಾಪ್ರಸಾರ ಮಾಡುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಸಂಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಜಿಜ್ಞಾಸೆಗಳ ಮೂಲಕ ಜ್ಞಾನದ ಪರಿಧಿಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಿ ಶ್ರೀಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೂ ಉಪಯುಕ್ತವಾದ ಜ್ಞಾನಪ್ರಸಾರ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಿಕೊಂಡುಬಂದಿವೆ. ವಿಜ್ಞಾನ, ಕಲೆ, ಭಾಷೆ, ಸಾಹಿತ್ಯ ಮತ್ತು ಇತರ ಎಲ್ಲ ಸಾಮಾಜಿಕ ಶಾಸ್ತ್ರಗಳ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರೆಲ್ಲರಿಗೆ ಮುಟ್ಟಿಸಲು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಗ್ರಂಥಗಳನ್ನು ರಚಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಬೋಧನೆ ಮಾಡುವುದು ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದ ಉಪಕ್ರಮವೆಂದು ಅರಿತು ಉನ್ನತ ವ್ಯಾಸಂಗ ಹಾಗೂ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಹೊಣೆಯನ್ನು ಹೊತ್ತ ಎಲ್ಲ ಕಾಲೇಜು ಹಾಗೂ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಗಳು ಇಂದು ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯತತ್ಪರವಾಗಿರುವುದು ಉತ್ತೇಜನಪೂರಕವಾಗಿದೆ.

ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ಜ್ಞಾನ, ಸಂಶೋಧನೆಯ ಫಲ ಹಾಗೂ ಸ್ವತಂತ್ರ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೂ ನಾಡಿನ ಸಮಸ್ತ ಜನತೆಗೂ ತಿಳಿಯಪಡಿಸುವುದು ಎಲ್ಲ ಅಧ್ಯಾಪಕ, ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕ, ಪ್ರಾಚಾರ್ಯ ಹಾಗೂ ಇತರ ವಿದ್ವಾಂಸರ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿದೆ. ಕನ್ನಡ ಮಾಧ್ಯಮವು ಕಾಲೇಜು ಹಾಗೂ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಫಲವಾಗಬೇಕಾದರೆ ಕನ್ನಡ ಭಾಷೆಯನ್ನು ಕೃಷಿ ಮಾಡಿ, ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ಹಾಗೂ ಪ್ರೌಢ ಗ್ರಂಥಗಳನ್ನು ಸಿದ್ಧಗೊಳಿಸುವುದು ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕ. ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರದ ಆದೇಶ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯಸರಕಾರದ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಸಮಿತಿಯ ಯೋಜನೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯವು ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ ಕಲೆ, ವಿಜ್ಞಾನ ಹಾಗೂ ಇತರ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿದೆ. ವಿದ್ವಾಂಸರೂ, ಅನುಭವಿಗಳೂ ಆದ ಅಧ್ಯಾಪಕ, ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕ, ಪ್ರಾಚಾರ್ಯರು ಅತ್ಯಂತ ಶ್ರದ್ಧೆ ವಹಿಸಿ ಅನೇಕ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ರಚಿಸಿಕೊಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಅವರೆಲ್ಲರ ಪ್ರಯತ್ನ ಅಭಿನಂದನೀಯ. ಈ ಕಾರ್ಯ ಇನ್ನೂ ಉತ್ಸಾಹದಿಂದ ನಡೆಯಲೆಂದು ಹಾರೈಸುತ್ತೇನೆ. ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ-ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿನಿಯರೆಲ್ಲ ಈ ಗ್ರಂಥಗಳ ಸದುಪಯೋಗ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಆಧುನಿಕ ಜ್ಞಾನವಾಹಿನಿಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲೆಂದು ಆಶಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕಗಳೊಡನೆ ಪೂರಕ ಗ್ರಂಥಗಳನ್ನೂ, ಪ್ರೌಢ ಗ್ರಂಥಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಜನಪ್ರಿಯ ಗ್ರಂಥಗಳನ್ನೂ, ಮೂಲ ಗ್ರಂಥಗಳೊಡನೆ ಅನುವಾದ ಕೃತಿಗಳನ್ನೂ ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸುವ ಮಹತ್ವದ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯವು ಸಮರ್ಥವಾಗಿ ನೆರವೇರಿಸುತ್ತಲಿರುವುದು ಸಂತಸದ ಸಂಗತಿ. ಈ ಕಾರ್ಯ ಅವ್ಯಾಹತವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯಲೆಂದು ಆಶಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಕುಲಪತಿ ನಿವಾಸ,
ಧಾರವಾಡ
೧೯-೪-೧೯೭೪

ಎಂ. ಜಯಲಕ್ಷ್ಮಮ್ಮಣ್ಣಿ
ಕುಲಪತಿ

ಪೀಠಿಕೆ

ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿರುವ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ಪ್ರಕಟನೆಯ ಕಾರ್ಯವು ಕ್ರಮೇಣ ಜನಪ್ರಿಯವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಸಂತಸದ ಸಂಗತಿ. ಕಾಲೇಜು ಶಿಕ್ಷಣದ ಎಲ್ಲ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಕನ್ನಡವೇ ಶಿಕ್ಷಣ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗುವ ಕಾಲ ಬಹು ದೂರ ವಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಎಲ್ಲರೂ ಒಮ್ಮನಸ್ಸಿನಿಂದ ಕಾರ್ಯಪ್ರವೃತ್ತರಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆದುಬಂದ ದಾರಿಗಿಂತ ನಡೆಯಬೇಕಾದ ದಾರಿಯೇ ನಿಡಿದಾಗಿದೆ. ಪಠ್ಯ ಪುಸ್ತಕ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯದ ಎಲ್ಲ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೂ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಕುಲಪತಿಗಳಾದ ಶ್ರೀಮತಿ ಜಯಲಕ್ಷ್ಮಮ್ಮಣ್ಣಿ ಅವರಿಗೂ, ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಮಾರ್ಗ ದರ್ಶನ ನೀಡುತ್ತಿರುವ 'ಕಾರ್ಯಸಂಯೋಜಕ ಸಮಿತಿ' (Co-ordination Committee) ಯ ಸದಸ್ಯರಾದ ಸರ್ವಶ್ರೀ ಪಾಟೀಲ ಪುಟ್ಟಪ್ಪ, ಜಿ. ಎಸ್. ಕುಲಕರ್ಣಿ, ಪ್ರಿ. ಬಿ. ಎಸ್. ಗಣಾಚಾರಿ, ಡಾ. ಎಂ. ಎಸ್. ಹನಸೆಟ್ಟಿ, ಡಾ. ಎಸ್. ಸಿದ್ದಪ್ಪ, ಡಾ. ಆರ್. ಸಿ. ಹಿರೇಮಠ, ಡಾ. ಜಿ. ಎಸ್. ಶಿವರುದ್ರಪ್ಪ, ಡಾ. ಹಾ. ಮಾ. ನಾಯಕ, ಶ್ರೀ ಸಿ. ಎಸ್. ಕಣವಿ ಮತ್ತು ಕುಲಸಚಿವರು– ಇವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು. ವಿವಿಧ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ರಚನೆಯ ಹೊಣೆ ಹೊತ್ತ ಸಂಪಾದಕ ಸಮಿತಿಯವರಿಗೂ, ಗ್ರಂಥಕರ್ತರಿಗೂ, ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಪ್ರಕಟನ ವಿಭಾಗದವರಿಗೂ ನಮ್ಮ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು. ಕುಲಸಚಿವ ಶ್ರೀ ಸದಾಶಿವ ಒಡೆಯರ ಅವರ ಸಕ್ರಿಯ ಸಹಕಾರವನ್ನು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸ್ಮರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ.

ಇದು 'ಕ್ಷಯ' ದ ಬಗೆಗಿನ ರಶಿಯನ್ ಕೃತಿಯ ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಅನುವಾದದ ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾಂತರ. ರಶಿಯನ್ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿಯ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಕನ್ನಡಕ್ಕೆ ಭಾಷಾಂತರಿಸಿ, ಆರೋಗ್ಯವಿಜ್ಞಾನ, ಯಂತ್ರವಿಜ್ಞಾನ, ಮಾನವಶಾಸ್ತ್ರ ಮುಂತಾದ ಎಲ್ಲ ವಿಷಯಗಳ ವಿಶೇಷಾಭ್ಯಾಸಕ್ಕೆ ನೆರವು ನೀಡಬೇಕೆಂಬುದೇ ಈ ಭಾಷಾಂತರಮಾಲೆಯ ಗುರಿ.

ಇದರ ಮೂಲ ಪ್ರಕಾಶಕರಾದ 'Peace Publishers, Moscow' ಇವರು ಈ ಕೃತಿಯ ಭಾಷಾಂತರಕ್ಕೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿರುವರು. ಅವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು. ಈಗಾಗಲೇ ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರದ ಬಗೆಗೆ ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಅಮೂಲ್ಯ ಗ್ರಂಥಗಳನ್ನು ರಚಿಸಿ ಖ್ಯಾತರಾದ ಡಾ. ಪಿ. ಎಸ್. ಶಂಕರ್ ಅವರು ಸಮರ್ಥವಾಗಿ ಕನ್ನಡಕ್ಕೆ ಅನುವಾದಿಸಿ ಕೊಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಧನ್ಯವಾದಗಳು. ಭಾಷಾ ಪರಿಶೀಲನೆಯ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಹಕರಿಸಿದ ಕೊಟ್ಟೂರಿನ ಡಾ. ಅ. ನಂಜಪ್ಪನವರಿಗೂ ಹಾಗೆಯೇ ಕರಡಚ್ಚುಗಳನ್ನು ತಿದ್ದಿ ಪ್ರಕಾಶನಪಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ನೆರವಾದ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯದ ಪ್ರೊ. ದೇವೇಂದ್ರಕುಮಾರ ಹಕಾರಿಯವರಿಗೂ ಹಾಗೂ ಸಂಶೋಧನ ಸಹಾಯಕರಾಗಿರುವ ಶ್ರೀ ಎಸ್. ಎಸ್. ಭೂಸರಡ್ಡಿಯವರಿಗೂ ನಮ್ಮ ವಂದನೆಗಳು. ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಪಡಿಯಚ್ಚು ತಯಾರಿಸಿಕೊಟ್ಟ ಶಾರದಾ ಪ್ರೊಸೆಸ್ ಮಾಲಕರಾದ ಶ್ರೀ ಎಸ್. ಎಮ್. ಮಲಕಾಯಿಯವರನ್ನೂ, ಮುದ್ರಣ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ನಿಷ್ಠೆಯಿಂದ ನೆರವೇರಿಸಿದ ಧಾರವಾಡದ ಮನೋಹರ ಮುದ್ರಣಾಲಯದ ಒಡೆಯರಾದ ಶ್ರೀ ಸೋಮಶೇಖರ ಆಕಳವಾಡಿ ಹಾಗೂ ಅವರ ಕೆಲಸಗಾರರನ್ನು ಸ್ಮರಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ,
ಕ. ವಿ. ವಿ. ಧಾರವಾಡ–೩

ಎಸ್. ಎಂ. ವೃಷಭೇಂದ್ರಸ್ವಾಮಿ
ನಿರ್ದೇಶಕರು

ಭಾಷಾಂತರಕಾರರ ನುಡಿ

ಪ್ರಾಚೀನ ಕಾಲದಿಂದ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಹರಡಿ ಜನರನ್ನು ತನ್ನ ರೋಗೋತ್ಪಾದಕ ಶಕ್ತಿಯ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದೆ. ಈ ರೋಗವು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಗೋಚರಿಸುವ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತದೆಂಬ ಅಂಶ ಒಂದು ಶತಮಾನದಷ್ಟು ಹಿಂದೆ ಗೊತ್ತಾದರೂ, ಅವುಗಳ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರಬಲ್ಲ ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳು ಲಭಿಸಿ, ಮೂರು ದಶಕಗಳಷ್ಟು ಕಾಲ ಕಳೆದಿದೆ. ಒಬ್ಬರಿಂದ ಮತ್ತೊಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ದೇಹದ ಇತರ ಅಂಗಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದಾದುದರಿಂದ ಈ ರೋಗವನ್ನು 'ಸಾವನ್ನಪ್ಪುವವರ ಕಪ್ತಾನ' ನೆಂದು ಈ ಶತಮಾನದ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದಿತು.

ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಿಧಾನಗಳು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿವೆ. ರೋಗ ನಿರೋಧಕಶಕ್ತಿಯನ್ನು ವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವ ಚುಚ್ಚು ಲಸಿಕೆ ಲಭಿಸಿದೆ; ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ತತ್ವದ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳ ಕೊಡುಗೆ ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಬಲ್ಲವು. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಇನ್ನೂ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಹರಡಿದ್ದು, ಅದರ ಬಗೆಗೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೆಚ್ಚಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಪ್ರೊ. ವ್ಲಾಮಿರ್ ಐನಿಸ್ ಅವರು 'ಕ್ಷಯ' ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ರಶಿಯನ್ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ರಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅದು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಇತರ ಅಂಗಭಾಗಗಳಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕುರಿತಾಗಿದೆ. ಈ ಪುಸ್ತಕವು ಹದಿನಾರು ಅಧ್ಯಾಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು ಅದರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಶೋಧನೆಯ ಇತಿಹಾಸ, ರೋಗೋತ್ಪಾದಕ ವಸ್ತು, ಅದರ ಹರಡುವಿಕೆ, ಆಕ್ರಮಣ, ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ಬದಲಾವಣೆಗಳು, ಶ್ವಾಸಕೋಶ

ಮತ್ತು ಇತರ ಅಂಗಭಾಗಗಳಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯದ ಗುಣ–ಲಕ್ಷಣಗಳು, ರೋಗ ನಿದಾನ ಕ್ರಮ, ಪ್ರಯೋಗಶಾಲಾ ಪರಿಶೀಲನೆಗಳು, ರೋಗ ಚಟುವಟಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಸಮಾನಾಂತರ ರೋಗಗಳಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಕೆ, ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಆರೋಗ್ಯವೃದ್ಧಿ ಜೀವಾಣು ರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯಾ ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮ–ಇವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸ್ಥೂಲ ಪರಿಚಯವನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಲ್ಲಿ, ಚಿಕಿತ್ಸಕರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಈ ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಅದರ ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಭಾಷಾಂತರದಿಂದ ಕನ್ನಡಕ್ಕೆ ತರ್ಜುಮೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಪುಸ್ತಕದ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಕಟನೆಯ ಎಲ್ಲ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡಿದ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯದ ನಿರ್ದೇಶಕರಾದ ಪ್ರೊ. ಎಸ್. ಎಂ. ವೃಷಭೇಂದ್ರಸ್ವಾಮಿ ಅವರಿಗೆ ನಾನು ಕೃತಜ್ಞನಾಗಿದ್ದೇನೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಈ ಗ್ರಂಥ ಪ್ರಕಾಶನ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಥೆ ವಹಿಸಿದ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯದ ಪ್ರೊ. ದೇವೇಂದ್ರಕುಮಾರ ಹಕಾರಿಯವರನ್ನೂ ಹಾಗೂ ಸಂಶೋಧನ ಸಹಾಯಕರಾದ ಶ್ರೀ ಎಸ್. ಎಸ್. ಭೂಸರಡ್ಡಿಯವರನ್ನೂ ಸ್ಮರಿಸದಿರಲಾರೆ. ಈ ಕೃತಿಯ ಭಾಷಾ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮಾಡಿ ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ ಕೊಟ್ಟೂರಿನ ಡಾ. ಅ. ನಂಜಪ್ಪನವರಿಗೆ ನಾನು ಋಣಿಯಾಗಿದ್ದೇನೆ. ಈ ಪುಸ್ತಕದ ಪ್ರಕಟನೆಯ ಹೊಣೆ ಹೊತ್ತ ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯಕ್ಕೆ ನನ್ನ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು.

ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ,
ಎಂ. ಆರ್. ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜು,
ಗುಲಬರ್ಗಾ
ಮಾರ್ಚ ೧೬, ೧೯೭೪

ಪಿ. ಎಸ್. ಶಂಕರ್

ಮೂಲ ರಶಿಯನ್ ಲೇಖಕನ ಮಾತು

ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳು ಹೊಸ ಹಂತವನ್ನು ತಲುಪಿವೆ. ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿಯಾದ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಎಲ್ಲ ಕಡೆ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿವೆ. ಅದು ಸೋವಿಯತ್ ಒಕ್ಕೂಟದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಭಾಗ ದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ನಿಜವೆನಿಸಿದೆ. ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಸಂಪೂರ್ಣ ನಿರ್ಮೂಲನೆಯ ನಿಜವಾದ ಸಾಧ್ಯತೆ ಈಗ ಗೋಚರಿಸಿದೆ.

ಈ ಪುಸ್ತಕವು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಅದರ ಹೊರಪ್ರದೇಶದ ಕ್ಷಯರೋಗ ಗುಣ-ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳ ಸಾರಾಂಶವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯಲ್ಲುಂಟಾಗಿರುವ ಹೊಸ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳ ಸ್ಥೂಲ ಪರಿಚಯುವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಈ ಚಿಕ್ಕ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ, ತಜ್ಞರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಸುದೀರ್ಘ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅದು ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ. ಅವರ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಇತರ ಸಂಹಿತೆಗಳು ಮತ್ತು ಕೈಪಿಡಿಗಳು ಪೂರೈಸುತ್ತವೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ಮತ್ತು ಕಿರಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಬಗೆಗಿನ ಮೂಲಭೂತ ಅಂಶಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಹಾಗೂ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡುವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅರಿಯಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಮೂಲಗುರಿಯನ್ನು ಲೇಖಕರು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕ್ಷಯ ನೂರಕ್ಕೆ ಸುಮಾರು ೯೦ ರಷ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ರೋಗವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವುದು. ಆ ರೋಗಿಗಳು ಇತರರಿಗೆ ರೋಗವನ್ನು ಹರಡುವ ಅಪಾಯಕಾರೀ ಮೂಲವಾಗುತ್ತಾರೆ. ಆದುದರಿಂದ ಈ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸ್ಥಳವನ್ನು ಶ್ವಾಸಕೋಶ

ಕ್ಷಯಕ್ಕೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗವು ಮಾನವ ದೇಹದ ಎಲ್ಲ ಭಾಗಗಳಲ್ಲೂ ಬರುತ್ತದಾದುದರಿಂದ, ಅದರ ಗುಣ–ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅರಿಯುವಲ್ಲಿ ಇತರ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣದ ಜ್ಞಾನ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ, ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಗುಣ–ಲಕ್ಷಣಗಳ ಅಧ್ಯಾಯಗಳು, ಮೂಳೆ ಮತ್ತಿತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಬರುವ ಕ್ಷಯದ ಬಗೆಗಿನ ಸ್ಥೂಲ ಪರಿಚಯುವನ್ನೂ ಹೊಂದಿವೆ. ಈ ತೆರನಾದ ಚಿಕ್ಕ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕೀಲಿನ ಕ್ಷಯದ ವಿವರಣೆ ನೀಡುವುದು ಅಸಾಧ್ಯವೆನಿಸಿದೆ. ಅದನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಶಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಲಿಸಲಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಅದರ ತಿಳಿವಳಿಕೆಗೆ ಅಸ್ಥಿ ಶಾಸ್ತ್ರ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರ ಶಾಸ್ತ್ರದ ವಿಶೇಷ ಜ್ಞಾನ ಅಗತ್ಯ.

ವಿ. ಐನಿಸ್

ಪರಿವಿಡಿ

ಪೀಠಿಕೆ

ಶೋಧನೆಯ ಇತಿಹಾಸ

ಕ್ಷಯರೋಗವು ಸಾವಿರಾರು ವರುಷಗಳಿಂದ ಪರಿಚಿತವಾಗಿದೆ. ಅದು ಜಗತ್ತಿನಷ್ಟೇ ಹಳೆಯದೆಂದು ಫ್ರೆಂಚ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇತಿಹಾಸಕಾರರಾದ ಎ. ಪಿರೆ ಮತ್ತು ಜೆ. ರೋಷಮ್ ವರ್ಣಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕ್ಷಯರೋಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಬೆನ್ನುಮೂಳೆಯ ರೋಗಗಳು ಶಿಲಾಯುಗದಷ್ಟು ಹಳೆಯವೆಂದು ಪ್ರಾಚೀನ ವಸ್ತುಶೋಧನೆಯಿಂದ ತಿಳಿಯಲ್ಪಟ್ಟಿವೆ. ಪ್ರಾಚೀನ ಭಾರತೀಯ ಮತ್ತು ಈಜಿಪ್ಟಿನ ಲೇಖಕರು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳ ವಿಸ್ತೃತ ವಿವರಣೆಯನ್ನು ಬಿಟ್ಟುಹೋಗಿದ್ದಾರೆ. ಭಾರತೀಯರು ಇದನ್ನು ' ಕೆಟ್ಟ ' ರೋಗವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿದ್ದರು (ಮನುಸ್ಮೃತಿ). ಐಸೋಕೇಟ್ರಿಸ್ ಬರೆದಂತೆ ಪ್ರಾಚೀನ ಈಜಿಪ್ಟಿನವರು ಆಗಲೇ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದ್ದರು. ಬಹುಕಾಲ ಅವರು ಆರೋಗ್ಯಶಾಲಿ ಸದೃಢಜನಾಂಗವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದರು. ಕಾಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಕ್ರಿ. ಪೂ. ೪೬೦ ರಿಂದ ೪೦೦ ರ ವರೆಗೆ ಜೀವಿಸಿದ್ದ ಹಿಪ್ಪೋಕ್ರೇಟಿಸ್ ಕ್ಷಯದ ಚಿತ್ರದ ಕಲ್ಪನೆ ಹೊಂದಿ ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದ. ಗ್ರೀಸಿನ ಪ್ರಾಚೀನ ವೈದ್ಯರು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬೇರೂರಿದ ಮತ್ತು ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಕ್ಷಯವನ್ನು ವಿಶಿಷ್ಟ ಆರೋಗ್ಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ನಿಯತಕಾಲೀನ ಆಹಾರದ ಅನುಪಾನಕ್ರಮದಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಪ್ರಾಚೀನ ಚೀನೀಯರಿಗೆ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಅದರ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಪರಿಚಯವಿದ್ದಿತು. ಅದರ ವಿವರಣೆಯನ್ನು ವಾಂಗ್ ಶೂಹೋನ (ಕ್ರಿ. ಪೂ. ೬ ನೆಯ ಶತಮಾನ) ನಿಬಂಧದಂತಹ ಚೀನೀ ವೈದ್ಯ ಲಿಖಿತದಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹುದು. ತಲೆತಲಾಂತರ ಕ್ಷಯ, ವಸಂತ ಋತುವಿನಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ರಕ್ತ ಕಫ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ– ಇವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅವಿಸೆನ್ನಾ (ಅಬು–ಇಬ್ನ–ಸಿನಾ) ತನ್ನ ' ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರದ ತೋಫು ' ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ಆಕರ್ಷಕ ವಿವರಣೆಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾನೆ. ಆ ಪ್ರಖ್ಯಾತ ವಿಜ್ಞಾನಿಯು ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೇಲೆ ಸುತ್ತಲಿನ ಆವರಣ ಮತ್ತು ಹವಾಮಾನ ಬೀರುವ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ವಿವರಿಸಿದ.

ಕ್ಷಯವು ಸೋಂಕುರೋಗವೆಂಬ ವಾದಕ್ಕೆ ೧೬ ನೆಯ ಶತಮಾನದ ಮಧ್ಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಚಾಲನೆ ದೊರೆಯಿತು. ಪಾಶ್ಚರ್ ಮತ್ತು ಕಾಕ್‌ರಿಗಿಂತ ಮೂರು ಶತಮಾನಗಳ ಮೊದಲು ವೆರೋನಾದ ಜೆರೋನಿಮೋ ಫ್ರಕಾಸ್ಟ್ರೊ (೧೪೮೩–೧೫೫೩) ಒಬ್ಬ

ರಿಂದ ಮತ್ತೊಬ್ಬರಿಗೆ ರೋಗ ಹರಡಬಲ್ಲದೆಂಬುದನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಿದ. ಈ ವಾದ, ನಿಧಾನವಾಗಿ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಮನ್ನಣೆ ಪಡೆಯಿತಾದರೂ, ಹದಿನೆಂಟನೆಯ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿಯೂ ಅದನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆಯುವ ಕೆಲವರಿದ್ದರು.

ರಷ್ಯಾದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಪ್ರಥಮ ಉಲ್ಲೇಖನ ಹದಿನಾಲ್ಕನೆಯ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಅದನ್ನು 'ಜೀವನಾಶಕ ಕ್ಷಯ' ಮತ್ತು 'ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯದ ಹುಣ್ಣು' ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗಿದ್ದಿತು.

೧೫–೧೬ ನೆಯ ಶತಮಾನದ ಉತ್ಕ್ರಾಂತಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಬಗೆಗಿದ್ದ ವಿಚಾರಗಳು ಪರಿಪೂರ್ಣವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೂ, ಆರೋಗ್ಯಕರ ಸೂತ್ರಗಳು, ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಹಿತಕರ ಹವೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯವನ್ನು ನೀಡಲಾಯಿತು. ಹದಿನೇಳನೆಯ ಶತಮಾನದ ಮಧ್ಯಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಲಿತವಿದ್ದ ಕೆಲವು ಮುಖ್ಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಈಚೆಗೆ ಎಂ. ಎಲ್. ಗೋಲ್ಡಫಾರ್ಬ್ ಮತ್ತು ಎ. ವಿ. ಪ್ರುಸಕ್ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಿದರು. ಆ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗವು ವಿಸ್ತಾರವಾಗಿ ಹರಡಿದ್ದಿತು. ಗೊಬ್ಬರ, ಸಿಡುಬುರೋಗಗಳಂತೆ ಅದು ಸೋಂಕುರೋಗವೆಂದು ತಿಳಿಯಲ್ಪಟ್ಟಿತ್ತು. ಹದಿನೆಂಟನೆಯ ಶತಮಾನದ ಅಂತ್ಯ ಮತ್ತು ಹತ್ತೊಂಬತ್ತನೆಯ ಶತಮಾನದ ಆದಿ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬಾಯ್ಲೆ (೧೮೧೦) ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯುವು ಒಂದು ವಿಶಿಷ್ಟ ರೋಗವಾಗಿದ್ದು, ಅದು ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣದಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವುದೆಂದು ಸಾರಿದ. ರೋಗವು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಎಲ್ಲ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಈ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೋಗದಿಂದ ಉದ್ಭವವಾಗುವುವೆಂಬುದನ್ನು ಸಾರಿದ ಲೆನೆಕ್ (೧೭೮೧–೧೮೨೬) ಮಾತ್ರ ಪ್ರಶಂಸಾರ್ಹನಾಗಿದ್ದಾನೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಎದೆದರ್ಶಕದ ಉಪಯೋಗದಿಂದ ಆತ ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟ. ಹತ್ತೊಂಬತ್ತನೆಯ ಶತಮಾನದ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಎನ್. ಪಿ. ಪಿರೋಗೋವ್ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿದ ತೀವ್ರ ಸ್ವರೂಪದ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ಅದು ವಿವಿಧ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿದ. ಆತ ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕೀಲುಗಳು, ಮೆದುಳ ಪೊರೆ ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಕ್ಷಯರೋಗದ ವಿವರಣೆಯನ್ನಿತ್ತ.

ವಿಲ್ಲೆಮಿನ್ (೧೮೨೭–೧೮೯೨) ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ದೃಷ್ಟಾಂತದಿಂದ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಒಬ್ಬರಿಂದ ಮತ್ತೊಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡುವುದನ್ನು ತೋರಿಸಿದುದು ಹತ್ತೊಂಬತ್ತನೆಯ ಶತಮಾನದ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಜರುಗಿದ ಗಮನಾರ್ಹ ಬೆಳವಣಿಗೆ. ಮಾನವ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಪ್ರಾಣಿಗಳಲ್ಲೂ ಬೆಳೆಸಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ೧೮೫೫ ರಲ್ಲಿ ಆತ ತೋರಿಸಿದ. ಹುಳಿಸುವ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಬೇಕಾದ, ಪಾಶ್ಚರ್ ತೋರಿಸಿದ– ಜೀವಾಣುಗಳಂತೆ, ಈ ರೋಗವು ಜೀವಂತ ವಸ್ತುಗಳಿಂದ ಬರುವುದೆಂದೂ, ಅವು ದೇಹದೊಳಸೇರಿ ವಿಪುಲ ಸಂಖ್ಯೆ

ಯಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತವೆಂದೂ ವಿಲ್ಲೆಮಿನ್ ನಿಶ್ಚಿತವಾಗಿ ಹೇಳಿದ. ೧೮೮೨ ರಲ್ಲಿ ಜರ್ಮನ್ ವಿಜ್ಞಾನಿ ರಾಬರ್ಟ ಕಾಕ್ ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವ ವಸ್ತುವಾದ ಕ್ಷಯಾಣು– ಮೈಕೋಬ್ಯಾಕ್ಟಿರಿಯಂ ಟ್ಯುಬರ್‌ಕುಲೋಸಿಸ್–ವನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವ ವರೆಗೂ ಇದು ಊಹೆಯಾಗಿ ಉಳಿಯಿತು. ಆ ಜೀವಾಣುಗಳೇ ರೋಗದ ಕಾರಣವಾಗಿದ್ದು ಕ್ಷಯರೋಗಿಯ ಕಫ, ಕ್ಷಯದ ಗಂಟು, ಶೀತಹುಣ್ಣು ಮೊದಲಾದವುಗಳಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ.

ಈ ಶೋಧವು ವಿಲ್ಲೆಮಿನ್‌ನ ಊಹೆಯನ್ನು ಯಾವ ಅನುಮಾನವೂ ಇಲ್ಲದಂತೆ ದೃಢಪಡಿಸಿತು. ಕ್ಷಯರೋಗದ ಸಮಕಾಲೀನ ವ್ಯಾಪಕತೆ ಮತ್ತು ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಅಭ್ಯಾಸಕ್ಕೆ ಅದು ಬುನಾದಿಯನ್ನು ಹಾಕಿತಲ್ಲದೆ ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತವಾಗುವ ಅಬಾಧಿತತ್ವದ ಆಧುನಿಕ ಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಕೊಡಮಾಡಿತು. ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಕ್ ಹೆಚ್ಚಿನ ದೃಷ್ಟಾಂತಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿಕೊಟ್ಟ. ಕ್ಷಯದ ರೋಗನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳ ಯೋಗ್ಯ ಕ್ರಮದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಅದರಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಆಗಿನ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗವು ಪ್ರತಿ ಏಳು ಜನರಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬನ ಜೀವವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದುದನ್ನು ನೆನಪಿಗೆ ತರುವುದು ಯೋಗ್ಯ (ಆರ್. ಕಾಕ್).

ಆದರೂ ಕಾಕ್‌ನ ಶೋಧವು ಕೆಲವು ಕಾಲದ ವರೆಗೆ ಕ್ಷಯ ರೋಗವನ್ನು ಎದುರಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಗೊತ್ತುಪಡಿಸುವುದರ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿತು. ೨೦ ನೆಯ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ (ಜಿ. ಎ. ಜಾಖಾರಿನ್, ಎ. ಎ. ಒಸ್ಟ್ರುಮಾವ್ ಮತ್ತಿತರು)– ಅದರಲ್ಲೂ ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವಿರುದ್ಧ ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುವ ನಿರೋಧಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದತ್ತ ಸಾಕಷ್ಟು ಗಮನ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಷಯವು ಸೋಂಕು ರೋಗವೆಂಬುದನ್ನು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡ ಮೇಲೆ ಆ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಚಾಲನೆ ದೊರೆತಿದೆ.

ಇಪ್ಪತ್ತನೆಯ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗಶೋಧನೆಯು ವಿಪುಲ ಮುನ್ನಡೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿದೆ. ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಇತರ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ರೋಗವು ಮುಡಿಯಿಂದ ಅಡಿಯ ವರೆಗೆ ಬೆಳೆಯುವುದೆಂದು ಪ್ರಚಲಿತವಿದ್ದ ಭಾವನೆಯನ್ನು ಹಿಂದೆ ಹಾಕಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಹೊಸ ವಿಚಾರಗಳು ಮೂಡಿಬಂದವು. ಅದಲ್ಲದೆ ವಿವಿಧ ತೆರನಾದ ಕ್ಷಯದ ಅಭ್ಯಾಸವು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಶೋಧಗಳಿಗೆ ಬುನಾದಿಯನ್ನು ಹಾಕಿತು.

ಶರೀರದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಅಭ್ಯಾಸವಲ್ಲದೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಬಳಸುವ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ತಂತ್ರಗಳನ್ನವಲಂಬಿಸಿ, ಕ್ಷಯರೋಗವು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳ ಹೊಸ ವಿಚಾರಗಳು ಬೆಳೆದುಬಂದಿವೆ.

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ತಳಿಯಿಂದ ಹೊರತೆಗೆದ ಗ್ಲಿಸರಿನ್ ಸಾರ– ಟ್ಯುಬರ್‌ಕುಲಿನ್– ವನ್ನು ಕಾಕ್ ಮತ್ತು ಕ್ಲಿಮೆಂಟ್ ಪರ್ಕೆ (೧೯೦೭) ಟ್ಯುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆ ಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಅದು ರೋಗ ನಿದಾನಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಯೋಗ್ಯ ಆಧಾರವಾಗಬಲ್ಲ ದೆಂದು ಸೂಚಿಸಿದರು. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ದೇಹದಲ್ಲಿ ೩ ರಿಂದ ೮ ವಾರಗಳ ಕಾಲ ಹುದುಗಿ ಕುಳಿತು ಅನಂತರ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಲು ಮತ್ತು ಕ್ಷಯ ರೋಗ ದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಅದು ಸಹಕಾರಿ ಯಾಯಿತು. ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿನ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯನ್ನು ಪಿರ್ಕೆ ಕಂಡುಹಿಡಿದ. ಅದು ರೋಗದ ನಿದಾನ ಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತ ದಲ್ಲದೆ, ಕ್ಷಯದ ವಿವಿಧ ರೂಪಗಳ ಧಾರಣೆಗೆ ಮುಖ್ಯ ಅಂಶವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ.

ದುರಾದೃಷ್ಟವಶಾತ್, ಕ್ಷಯದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ತೀರ ಮಂದಗತಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದು ವರಿಯಿತು. ಉತ್ಕ್ರಾಂತಿಯ (೧೫–೧೬ ನೆಯ ಶತಮಾನ) ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮೊಟೊ ಫೆರಾರಿ, ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯ ವಿಧಾನಗಳ ವಿವರ ವಾದ ಅನುಪಾನ ಕ್ರಮವನ್ನು ಬಿಟ್ಟುಹೋದ. ೧೯ ನೆಯ ಶತಮಾನದ ದ್ವಿತೀಯಾರ್ಧ ದಲ್ಲಿ, ಕ್ಷಯರೋಗವು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಶರೀರ ಕ್ರಿಯೆಗಳ ಅಭ್ಯಾಸವು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯಿತು. ಬ್ರೆಮರ್ (೧೮೫೯) ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಿಗೆ ವಿಶಿಷ್ಟ ಆರೋಗ್ಯವರ್ಧಕ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸಿ ಕಾರ್ಯಗತ ಮಾಡಿದ. ಇಂದಿಗೂ ಸಹ ಅದು ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿನ ಮೂಲಭೂತ ವಿಧಾನವಾಗಿ ಉಳಿದಿದೆ. ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಲು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆಹಾರದ ಅನುಪಾನವು ಮುಖ್ಯವಾದುದೆಂದು ಸೂಚಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಬ್ರೆಮರ್ ಮೊದಲಿಗ.

ಶರೀರಕ್ರಿಯೆಗಳು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಸ್ಥೈರ್ಯಕ್ಕೆ ಕ್ಷಯರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆಹಾರದ ನಿಯಮಗಳು ಮುಖ್ಯವೆಂದು ಜಿ. ಎ. ಝುಕಾರಿಯನ್, ವಿ. ಎ. ವೊರೊಬೌ, ಟಿ. ಪಿ. ಕ್ರಾಸ್ನೊಬಾಯೆವ್ ಮೊದಲಾದವರು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಿದರು. ಸಪ್ರಮಾಣ ಆಹಾರಸೇವನೆಯು ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ತಡೆ ಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವುದೆಂಬುದರತ್ತ, ಮಾಸ್ಕೋ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಒಂದು ಉಪ ನ್ಯಾಸಕ ಜಿ. ಎ. ಸೊಕೊಲಿಸ್ಕಿ ೧೮೩೮ ರಲ್ಲಿ ಗಮನ ಸೆಳೆದಿದ್ದ. ೧೯೧೩ ರಲ್ಲಿ ಪೋಲೆಂಡ್ ವೈದ್ಯ ಎ. ಸೊಕೊಲೊವ್‌ಸ್ಕಿ ಸಾದರಪಡಿಸಿದ ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಬರಹದಲ್ಲಿ,

ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಹಾಯಕವಾದ ಅಂಶಗಳತ್ತ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನೀಡಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಅರ್ಥಪೂರ್ಣ ವಿವರಣೆಯನ್ನಿತ್ತ.

ಸೋವಿಯತ್ ವೈದ್ಯಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳ ವಿಚಾರಕ್ಕೆ ಈ ತತ್ವಗಳು ಇಂದಿಗೂ ಯೋಗ್ಯವೆನಿಸಿವೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆಹಾರದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೊಡನೆ, ೧೮೯೨ ರಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಲೊ ಫೊರ್ಲಾನಿನಿ ಅಳವಡಿಸಿದ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ೧೮೯೪ ರ ಅನಂತರ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಈ ತೆರನಾದ ವಿಧಾನಗಳು ಅಯಶಸ್ವಿಯಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ೧೯೧೨ ರಿಂದ ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಯಿತು. ಅನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ, ಅಳ್ಳೆಪರೆಯ ಹೊರಗಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರವನ್ನಾಡಿಸಿ ಪಕ್ಕೆಲಬು ತೆಗೆದು ಎದೆಗೂಡಿನ ಆಕೃತಿಯನ್ನು ಕಿರಿದುಗೊಳಿಸುವ ಇಲ್ಲವೆ ಅಳ್ಳೆಪರೆಯ ಹೊರಗೆ ಗಾಳಿ ಸೇರಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳ ಬಳಕೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ನಡೆಯಿತು. ೧೯೩೩ ರಲ್ಲಿ ಅರ್ಬುದ ರೋಗಕ್ಕೆ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಲಾಯಿತು. ಶ್ವಾಸಕೋಶವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವ ತರ್ಕದ ಬಗೆಗಿನ ಸಿದ್ಧಾಂತವನ್ನು ೧೯೦೫ ರಷ್ಟು ಹಿಂದೆಯೇ, ಪೀಟರ್ಸ್‌ಬರ್ಗ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಸಾದರಪಡಿಸಿದ್ದ ಬರಹದಲ್ಲಿ ಎಫ್. ಆರ್. ಕಿಯೆವ್ಸಿಕಿ ಸೂಚಿಸಿದ್ದ.

ಇಂದು ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಮೂಲಭೂತ ವಿಧಾನವಾಗಿದ್ದು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯದ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಕುರುಹುಗಳಿದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದ ಅನಂತರವೂ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆಹಾರದ ನಿಯಮಗಳ ಪಾಲನೆ ಅತ್ಯಗತ್ಯ.

ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶವನ್ನು ಆಮೂಲಾಗ್ರವಾಗಿ– ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಖಂಡ, ಉಪಖಂಡಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯುವ ವಿಧಾನಗಳು, ಕಾರಣಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ಬಹು ದೊಡ್ಡ ಸಾಧನೆಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕಳೆದ ಇಪ್ಪತ್ತು ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಘಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪಲಾಗಿದೆ. ಜೀವಾಣುರೋಧಕ (ಸೆಲ್ಮನ್ ವಾಕ್ಸಮನ್ ೧೯೪೪ ರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಹಿಡಿದ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್) ಮತ್ತು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಬಳಕೆಯಿಂದ ಅದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿನ ಹೊಸ ಸಾಧನೆಯು ಕಾರಣಕ್ಕನುಗುಣವಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ನಾಂದಿಯಾಗಿದ್ದು, ಅದು ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಆದಿ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹೊಸ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿದೆ. ಹಿಂದೆ ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಿದ್ದ

ವಿಧಾನಗಳು (ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಬಂಗಾರದ ಲವಣಗಳು) ಕೆಲ ಅಂಗಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರುತ್ತಿದ್ದವು. ಆದರೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳ ನೂತನ ವಿಧಾನಗಳು ಆರೋಗ್ಯತತ್ವ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಸೂತ್ರಗಳ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಕುಂದಿಸಿಲ್ಲ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆಧುನಿಕ ಸಂಯೋಜಕ ವಿಧಾನಗಳು ಅನೇಕಾನೇಕ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಭರವಸೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತವಲ್ಲದೆ ಈ ಸಾಮಾಜಿಕ ರೋಗವನ್ನು ತೀವ್ರವಾಗಿ ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಿವೆ. ನೈರ್ಮಲ್ಯ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳುವ ಹಾಗೂ ಇತರ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕ್ರಮಗಳ ಉದ್ದೇಶವು ಆಧುನಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ವಿಷಯಜ್ಞಾನದ ವಿಸ್ತಾರಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿರಬೇಕಾದುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಕ್ರಾಂತಿಪೂರ್ವ ರಷ್ಯಾ ಯಾವುದೇ ಹೆಸರಾಂತ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಸಂಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರಲಿಲ್ಲ. ದಾನಗಳಿಂದ ನೆಲೆಗೊಂಡಿದ್ದ ಕೆಲವು ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮಾತ್ರ ಇದ್ದವು. ಆಕ್ಟೋಬರ್‌ನ ಉತ್ಕ್ರಾಂತಿಯ ನಂತರ ಸೋವಿಯತ್ ಸರಕಾರ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿತು. ಎನ್. ಎ. ಸೆಮಾಷ್ಕೋ, ಝಡ್. ಪಿ. ಸೋಲೊವ್ಯಾಯ್, ಎ. ಎ. ವೊರೊಬ್ಯಾವ್, ವೈ. ಜಿ. ಮುನ್‌ಬ್ಲಿಟ್ ಮತ್ತಿತರರ ನೇತೃತ್ವದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಅನೇಕ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತಂದಿತು. ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಅನೇಕ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತಂದಿತು. ಅದರ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಂದಾಗಿ ಕ್ಷಯದಿಂದ ನರಳುವವರ ಮತ್ತು ಸಾಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ಸುತ್ತಣ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕೈಕೊಂಡ ಎಲ್ಲ ತೆರನಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳಿಂದಾಗಿ ಅವು ಎಲ್ಲ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೂಲ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದವು. ನೈರ್ಮಲ್ಯ ವಾತಾವರಣ, ಗೃಹ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಮಿಕರ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ, ಕಾಮೆಟ್ ಮತ್ತು ಗ್ಯುಯರಿನ್ ಕಂಡುಹಿಡಿದ ಬಿ. ಸಿ. ಜಿ. ಚುಚ್ಚುಲಸಿಕೆಯನ್ನು ೧೯೨೬ ರ ನಂತರ ರಾಷ್ಟ್ರದಲ್ಲಿ ಜನ್ಮವೆತ್ತುವ ಎಲ್ಲ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ನೀಡುವಿಕೆ– ಈ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿದೆ. (ಅಧ್ಯಾಯ ೧೧ ನೋಡಿ)

ಎ. ಎ. ಕಿಸೆಲ್ ಒತ್ತಿ ಹೇಳಿದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ನಿಯಮಗಳು, ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಗೃಹನಿರ್ಮಾಣ, ೭ ರಿಂದ ೮ ಘಂಟೆಗಳ ಕಾಲದ ದೈನಂದಿನ ಕೆಲಸ, ಕೆಲಸಗಾರರಿಗೆಲ್ಲ ವಾರ್ಷಿಕ ರಜೆ, ಪುಕ್ಕಟೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ, ಮತ್ತು ಸದಾ ಏರುತ್ತಿರುವ ಜೀವನಮಟ್ಟ, ಇವೆಲ್ಲ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಅಳವಡಿಸಿದ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಯಶಸ್ಸಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿವೆ.

ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ತಳಹದಿಯ ಮೇಲೆ ರೂಪುಗೊಂಡ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಜಗತ್ತಿನ ಪ್ರಥಮ ಸಮಾಜವಾದಿ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಗೊಂಡು ದಿನೇ ದಿನೇ ವಿಸ್ತಾರಗೊಳ್ಳುತ್ತ ಸಾಗಿವೆ. ಸೋವಿಯತ್ ಕ್ಷಯರೋಗ ತಜ್ಞರ ಗುಂಪು ಬೇಗ ಬೆಳೆಯಿತು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯ, ವಿಜ್ಞಾನಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನೆಯತ್ತ ತಮ್ಮ ಗಮನ ಹರಿಸಿ, ತಜ್ಞರ ತರಬೇತಿಗೆ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ನೀಡಿದರು. ರೋಗದ ಉಚ್ಚಾಟನೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಸ ವಿಚಾರ ಮತ್ತು ವಿಧಾನಗಳು ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದವು. ಇವೆಲ್ಲ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಗೃಹ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಮಿಕ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ರಚಿಸಿದ ವಿಶಿಷ್ಟ ಸಮಿತಿಗಳ ಪರಿಶ್ರಮದಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿವೆ.

ಮಕ್ಕಳಿಗಾಗಿ ರಚಿತವಾದ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳ ಸಂಸ್ಥೆಗಳೊಡನೆ ಅನೇಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಸ್ಯಾನಿಟೋರಿಯಂ ಕಟ್ಟಲ್ಪಟ್ಟವು. ವಿಪುಲವಾದ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ಚಾಲನೆ ದೊರೆಯಿತು. ವಿಶಿಷ್ಟ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ನಿರ್ಮಾಣಗೊಂಡವು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಅಭ್ಯಾಸ ಮುಖ್ಯ ವಿಷಯವಾಗಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಯಾಯಿತು. ಅಖಿಲ ರಷಿಯದ ಕ್ಷಯರೋಗ ತಜ್ಞರ ಸಮ್ಮೇಳನಗಳು ಜರುಗ ತೊಡಗಿದವು.

ಸೋವಿಯತ್ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯು ಹೊಂದಿದ ಹೊಸ ಗುರಿ ಯಂತೆ, ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳನ್ನು– ಆದರಲ್ಲೂ ಮಕ್ಕಳಿಗಾಗಿ– ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಸೋವಿಯತ್ ವಿಧಾನವನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸೋವಿಯತ್ ಸರಕಾರ ಮತ್ತು ಕಮ್ಯುನಿಸ್ಟ್ ಪಕ್ಷಗಳು ಅಪರಿಮಿತ ಉತ್ಸಾಹದಿಂದ ತಮ್ಮ ಯೋಜನೆ ಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುತ್ತಿದ್ದು, ಅದರಿಂದಾಗಿ ಸೋವಿಯತ್ ಒಕ್ಕೂಟದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಉಚ್ಚಾಟನೆಯ ಹಾದಿ ತೆರೆಯಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೧

ಕ್ಷಯ ರೋಗ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ

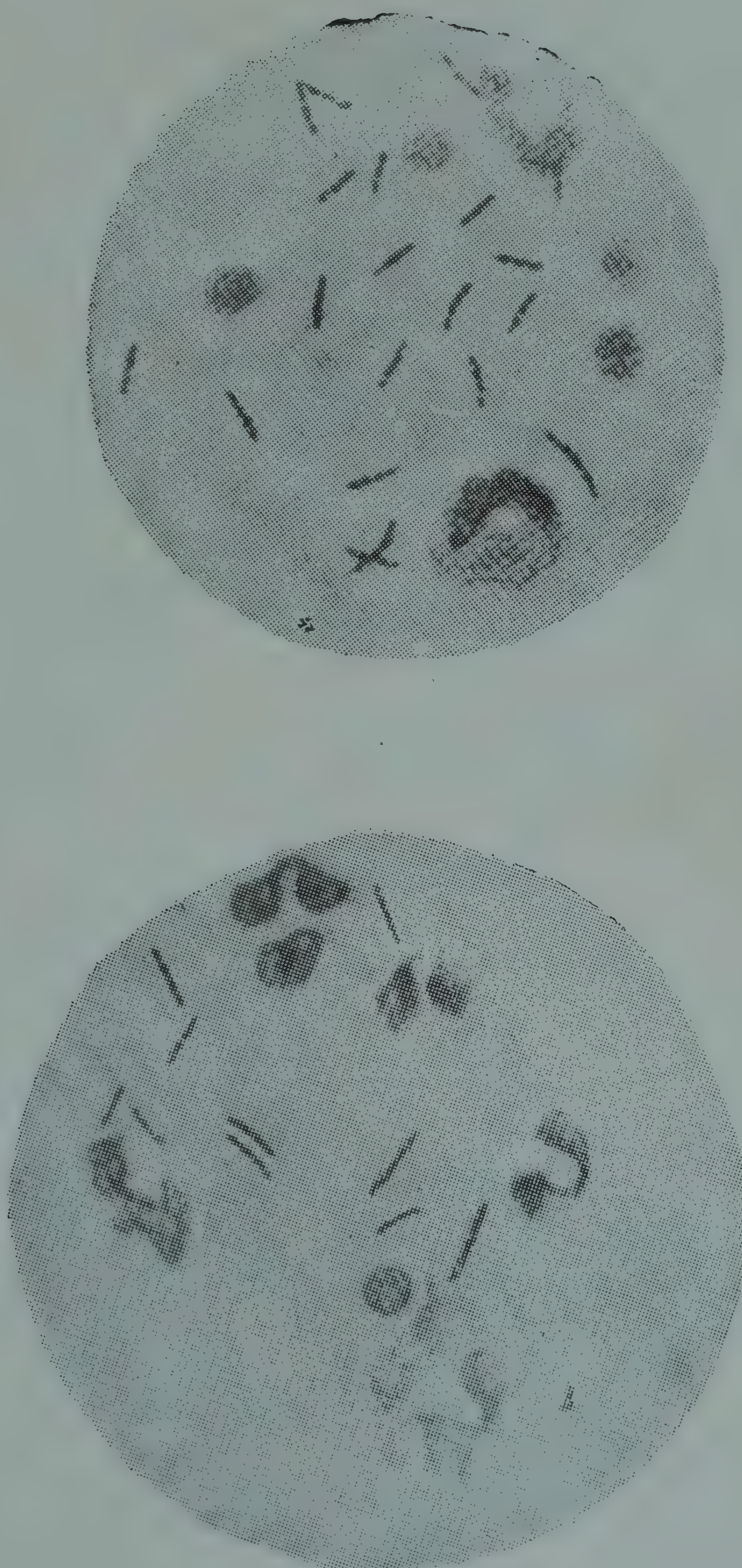
ರೋಗೋತ್ಪಾದಕ ವಸ್ತು

ಕ್ಷಯರೋಗದ ರೋಗಾಣುವಾದ ಮೈಕೋಬ್ಯಾಕ್ಟೀರಿಯಮ್ ಟ್ಯುಬರ್‌ಕುಲೋಸಿಸ್ (ಕ್ಷಯಾಣು) ನ್ನು ೧೮೮೨ ರಲ್ಲಿ ರಾಬರ್ಟ್ ಕಾಕ್ ಕಂಡುಹಿಡಿದರು. ಈ ಜೀವಾಣು ಕ್ಷಯಪೀಡಿತ ಮನುಷ್ಯ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಣಿಗಳ ಕಫ, ಮೂತ್ರ ಅಥವಾ ಕೀವಿನಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಮತ್ತು ದನ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳೆಂಬ ಎರಡು ತೆರನಾದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮುಖ್ಯವಾದುವು. ನಿಸರ್ಗದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಇತರ ತೆರನಾದ ಜೀವಾಣುಗಳು (ಪಕ್ಷಿ ಮತ್ತು ತಂಪು ರಕ್ತದ) ಮನುಷ್ಯನಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದ ಯಾವ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಈಚೆಗೆ, ಮಾದರಿಯಲ್ಲದ, ಆಮ್ಲಕ್ಕೆ ಮಣಿಯದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗಮನ ಸೆಳೆದಿವೆ. ಆದರೆ ಮನುಷ್ಯನಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಪಾತ್ರವೇನೆಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೂ ಇನ್ನೂ ಬಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಅವು ಉತ್ಪಾದಿಸುವ ವರ್ಣ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವೇಗವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ ಮಾದರಿಯಲ್ಲದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ನಾಲ್ಕು ಗುಂಪಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

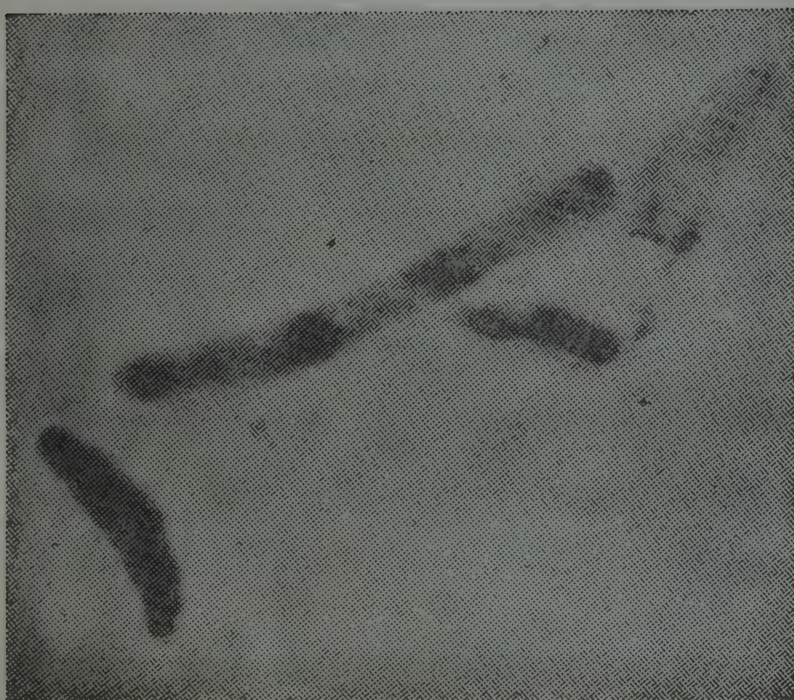
ಕ್ಷಯಾಣು ಆಮ್ಲಜನಕದ ಮೇಲೆ ಜೀವಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಅದು ವಿಪುಲವಾಗಿ ಹರಡಿದೆ. ಕತ್ತಲು ಮತ್ತು ತೇವದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಜೀವಿಸಿ ವಂಶವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಜೀವಾಣುಗಳು ಸೂರ್ಯಪ್ರಕಾಶದಡಿ ಕೆಲವೇ ಘಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ನಾಶಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಕಾಕ್‌ರ ಪ್ರಕಾರ ಈ ಜೀವಾಣುಗಳು ಅಗಲಕ್ಕಿಂತ ೫ ಪಟ್ಟು ಉದ್ದವಾಗಿವೆ. ಅದರ ಅಳತೆ ೦.೦೦೧೫ ರಿಂದ ೦.೦೦೩೫ ಮಿ. ಮೀ. ವರೆಗೆ ಇರಬಹುದು. (ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣದ ಕಾಲು ಅಥವಾ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ವ್ಯಾಸ). ಕಫದಲ್ಲಿ ಅವು ವಿರಳವಾಗಿ ಅಥವಾ ಗುಂಪಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಜೀವಾಣುಗಳು ವೃದ್ಧಿಗೊಳ್ಳುವಾಗ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಬಿರುಕಾಗಿ ಎರಡಾಗುತ್ತವೆ. ಆಗ ಘನೀಭೂತ ಸಾರದ್ರವ್ಯದಲ್ಲಿ ವಿಚಿತ್ರವಾದ ಎಳೆಗಳ ಹುರಿಯನ್ನು ಉತ್ಪಾದಿಸುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ ೧ ಮತ್ತು ೨)



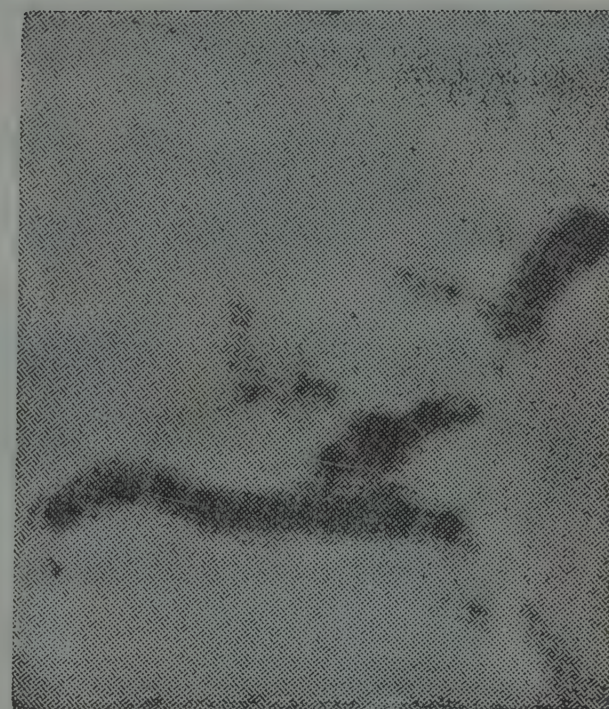
ಚಿತ್ರ ೧: ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು

ಅ: ಸ್ಪೆಂಗ್ಲರ್ ವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ಬಣ್ಣ ಕೊಡುಗೆ

ಬ: ಝೀಲ್ ನೀಲ್ಸನ್‌ರ ವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ಬಣ್ಣ ಕೊಡುಗೆ.

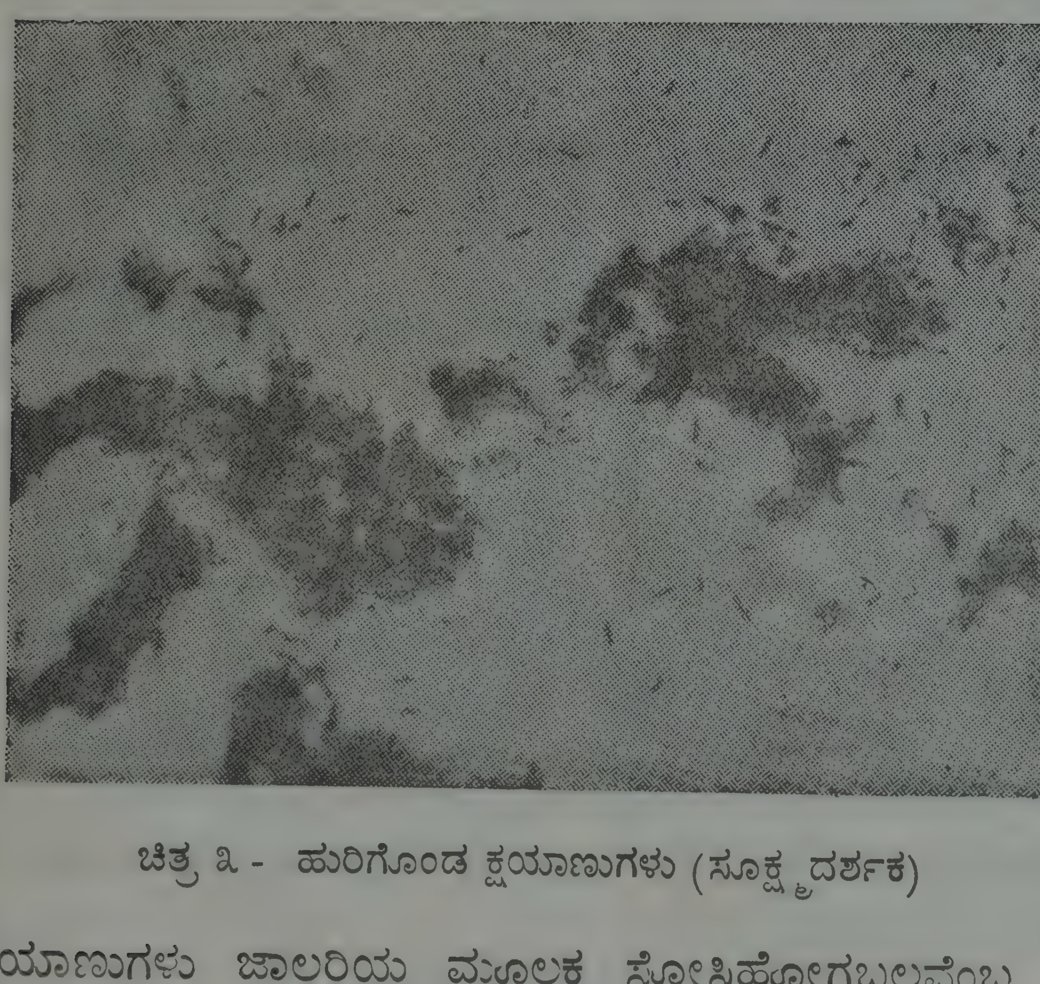


ಚಿತ್ರ ೨ (i)



ಚಿತ್ರ ೨ (ii)

ಕ್ಷಯಾಣು - ಇಲೆಕ್ಟ್ರಾನ್ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ



ಚಿತ್ರ ೩ - ಹುರಿಗೊಂಡ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು (ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕ)

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಜಾಲರಿಯ ಮೂಲಕ ಸೋಸಿಹೋಗಬಲ್ಲವೆಂಬ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಮೊದಲು ಇದ್ದಿತು (ಫಾಂಟೆಸ್ ೧೯೧೦). ಒಂದು ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕಾಮೆಟ್ ಅದೇ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಅನುಮೋದಿಸಿದ್ದ. ಇಂದು ಪರಿಚಿತವಾಗಿರುವ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು, ಅತಿ

ಸೂಕ್ಷ್ಮ ವಿಷಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವವಾದವುಗಳೆಂದು ಆತ ಭಾವಿಸಿದ್ದ. ಈ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸರಿಯೆಂದು ಯಾರೂ ದೃಢಪಡಿಸಿಲ್ಲ.

ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ಭೌತ–ರಸಾಯನ ರಚನೆ ಈ ತೆರನಾಗಿದೆಯೆಂದು ಚಿತ್ರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತೋರಿಬರುವ ಜೈವಿಕ ಜೀವದ್ರವ್ಯದ ಅಂಗಾಂಶಗಳಾದ ಮೇದಸ್ಸು, ವಿವಿಧ ತೆರನಾದ ಸಕ್ಕರೆಗಳು, ಸಸಾರಜನಕ ವಸ್ತುಗಳು (ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಬಿಳ್ಕೊಳೆ, ಮತ್ತು ಸ್ವಲ್ಪ ಕೇಂದ್ರಕ ಪ್ರೋಟೀನ್ ಒಳಗೊಂಡ ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ಪ್ರೋಟೀನ್‌ಗಳು) ಮತ್ತು ಅಜೈವಿಕ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು (೯೭% ನೀರು, ೩% ಘನ ವಸ್ತುಗಳು) ಹೊಂದಿದೆ. ರಂಜಕ, ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ, ಮ್ಯಾಗ್ನಿಸಿಯಂ ಮತ್ತು ಕ್ಲೋರೀನ್ ಇವು ಜೀವಾಣುವಿನಲ್ಲಿರುವ ಇತರ ಮುಖ್ಯ ವಸ್ತುಗಳು.

ಜೀವಾಣುವಿನಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರೋಟೀನ್ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುವುದು. ರೋಗವನ್ನಾಗಲೇ ಹೊಂದಿದ ಪ್ರಾಣಿಗಳಿಗೆ ಅದನ್ನು ಕೊಟ್ಟಾಗ ಟುಬರ್‌ಕ್ಯುಲಿನ್ ಕೊಟ್ಟಾಗ ಕಂಡು ಬರುವ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳು ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಮೇದಸ್ಸು ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣ ಹಾಗೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಅದರಲ್ಲಿನ ಹೊರ್ಪೊರೆ ಕಣಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುತ್ತದೆ, ಸಕ್ಕರೆಯ ವಸ್ತುಗಳ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ಧಾರವಾಗಿಲ್ಲ. ಅವುಗಳು ದೇಹದಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದೆ.

ದೇಹದಲ್ಲಿ ಈ ವಸ್ತುಗಳು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಈ ತೆರನಾಗಿ ಚಿತ್ರಿಸಬಹುದು :

ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ಪ್ರೋಟೀನ್ → ಉತ್ತೇಜಕ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಕಣಗಳ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ → ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ವ್ರಣ → ಒಸರಿಕೆ

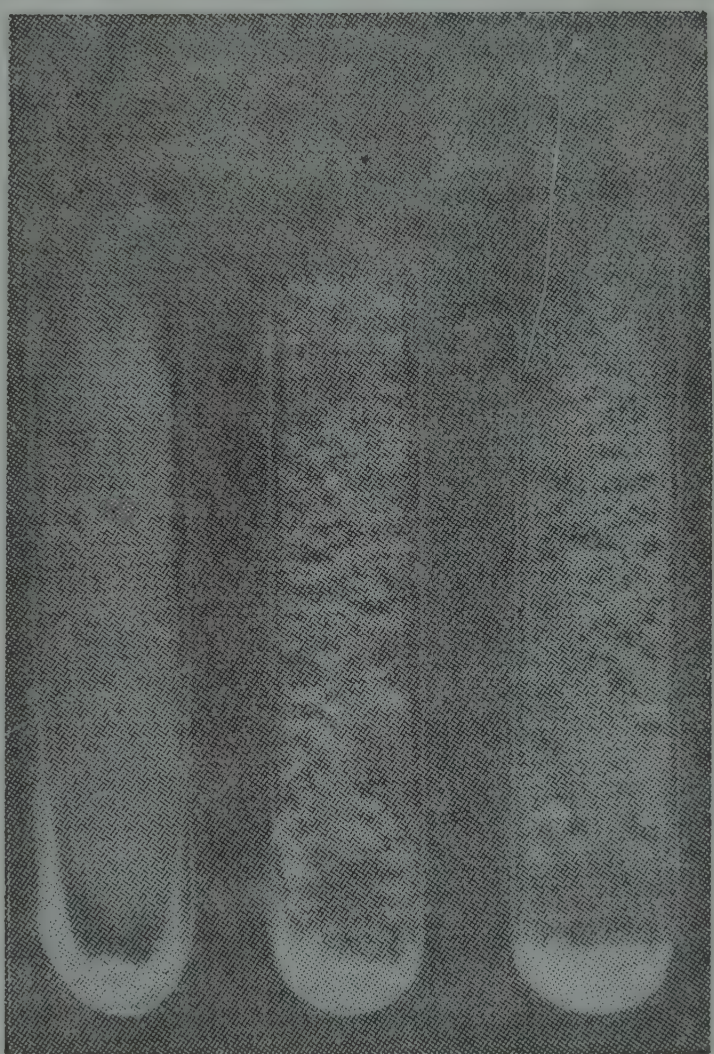
ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ಮೇದಸ್ಸು → ಹೊರ್ಪೊರೆ ಕಣಗಳ ಸಿದ್ಧತೆ → ಕ್ಷಯಗಂಟು

ಜೀವಾಣುವಿನ ಉಸಿರಾಟದಲ್ಲಿ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುವ ಕಿಣ್ವಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರೋಟೀನ್, ಪಿಷ್ಟ ಪದಾರ್ಥಗಳು ಮತ್ತು ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ನಿಷ್ಕ್ರಿಯಗೊಳಿಸುವ ಕಿಣ್ವಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಈಗ ಹೆಚ್ಚು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದೆ.

ಕಫ ಮತ್ತು ಇತರ ವಿಸರ್ಜಿತ ವಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿನ ಆಮ್ಲಕ್ಕೆ ಮಣಿಯದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ರೂಢಿಯಲ್ಲಿರುವ ಝೀಲ್-ನೀಲ್ಸನ್‌ರ ವಿಧಾನದಿಂದ ಬಣ್ಣ ಕೊಡಲಾಗುವುದು,

ಆ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಬಾಲ್ ಫಕ್‌ಸಿನ್ ಜೀವಾಣುಗಳಿಗೆ ಕೆಂಪು ಬಣ್ಣವನ್ನು ನೀಡುವುದಲ್ಲದೆ, ಮಿಥೆಲೀನ್‌ನಿಂದಾಗಿ ಹಿನ್ನೆಲೆ (ಜೀವಕಣಗಳು ಮತ್ತಿತರ ಎಳೆಗಳು) ಯು ನೀಲಿ ಬಣ್ಣವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು (ಅಧ್ಯಾಯ ೫ ನೋಡಿ). ಇದೇ ತೆರನಾಗಿ ರೋಗೋತ್ಪಾದಕ ಶಕ್ತಿಯಿಲ್ಲದ ಆಮ್ಲಕ್ಕೆ ಮಣಿಯದ ಜೀವಾಣುಗಳೂ ಸಹ (ಲಿಂಗ ಮೇದ ಜೀವಾಣು, ಮೇವು ಜೀವಾಣು) ಅದೇ ತೆರನಾಗಿ ಬಣ್ಣವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತವೆ.

ಅನುಮಾನ ಬಂದ ಕಡೆ ಕಫವನ್ನು ವಿಶೇಷ ತೆರನಾಗಿ ಘನೀಕರಿಸಿದ ಮೊಟ್ಟೆಯ ಸಾರದ್ರವ್ಯದ ಮೇಲೆ ತಳಿ ಮಾಡಬೇಕು ಅಥವಾ ಜೀವಾಣುಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ವಸ್ತುವನ್ನು ಕ್ಷಯಕ್ಕೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಲಿಯಾಗುವ ಗಿನಿ ಹಂದಿಗೆ ಚುಚ್ಚಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬಹುದು. ಇವೆರಡೂ ವಿಧಾನಗಳು ರೋಗದ ಕಾರಣವನ್ನು ಸೂಚಿಸಬಲ್ಲವು. ತಳಿ ಮಾಡಿದಾಗ ಜೀವಾಣುಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಚಿತ್ರ ೩ ಮತ್ತು ೪ ರಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಿದಂತೆ ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ವಿಶಿಷ್ಟ ತೆರನಾದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಅವು ಹಗ್ಗದಂತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಪ್ರಾಣಿಗಳು ಕ್ಷಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅವುಗಳನ್ನು ಸಾಯಿಸಿ ಒಳಗಿನ ಅಂಗಭಾಗವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದರೆ ಅಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣವನ್ನು ಇಲ್ಲವೆ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶ ಹೊಂದಿದ ಭಾಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಐಸೋನಿಕೋಟೀನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದ ಮೇಲೆ, ಅದಕ್ಕೆ ಮಣಿಯದ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗಿನಿಹಂದಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ತಳಿಮಾಡುವ ವಿಧಾನವನ್ನೇ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು.



ಚಿತ್ರ ೪ - ಮೊಟ್ಟೆಯ ಗಟ್ಟಿ ಸಾರದ್ರವ್ಯದ ಮೇಲೆ ತಳಿಮಾಡಿದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು.

ರೋಗ ಹರಡುವ ಬಗೆ

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮನುಷ್ಯ ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ಉಸಿರಾಡುವ ಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ

ಮಿಶ್ರಗೊಳ್ಳುವ ಕ್ಷಯಾಣುಪೂರಿತ ತುಂತುರು ಹನಿ ಅಥವಾ ಧೂಳಿನ ಮೂಲಕ ಪಡೆಯುತ್ತಾನೆ. ರೋಗವು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಲು ೩ ರಿಂದ ೮ ವಾರ ಕಾಲ ಹಿಡಿಯುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿಯು ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ ಅಥವಾ ಮಾತನಾಡಿದಾಗ ಹೊರಬರುವ ತುಂತುರು ಹನಿಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿ, ಸುತ್ತ ಇರುವ ಆರೋಗ್ಯಕರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗ ಉಂಟಾಗುವುದಾದುದರಿಂದ, ರೋಗಿಯು ರೋಗದ ಹರಡುವಿಕೆಗೆ ಮೂಲ ಕಾರಣನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ಸಾಮಾನ್ಯ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸದ ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳಿರುವ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿನ ಧೂಳಿನ ಮೂಲಕ, ಮನೆಯ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ರೋಗ ವನ್ನು ಹೊಂದಬಲ್ಲರು. ನೆಲ, ಮರಮುಟ್ಟು ಮತ್ತು ಎಸೆದ ಕರವಸ್ತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಯಾದ ಕಫದ ಹನಿಗಳು ಒಣಗಿದ ಮೇಲೆ ಧೂಳಿನ ಕಣಗಳಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯಕರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ – ಅದರಲ್ಲೂ ಮಕ್ಕಳ – ಉಸಿರಾಟ ಮಂಡಲದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರುವ ಮೂಲಕ, ಅವು ರೋಗದ ಮೂಲವಾಗಬಲ್ಲವು.

ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಕಫವನ್ನು ತುಂತುರು ಹನಿಗಳ ರೂಪದಲ್ಲಿ, ಬ್ರೂನೋ ಲಾಂಗ್, ಉಣ್ಣೆಯ ಹೊದಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಸಿಂಪಡಿಸಿದನು. ೧೪ ಘಂಟೆ ಯಿಂದ ೨೪ ಘಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ಅದನ್ನು ಒಣಗಿಸಿದ ಮೇಲೆ, ರೋಗಾಣುಗಳಿಂದ ಮಲಿನ ಗೊಂಡ ಉಣ್ಣೆಯ ಹೊದಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಕುಂಚಿಕೆಯನ್ನಾಡಿಸಿ ಆ ಪದಾರ್ಥ ಗಾಜಿನ ತುಂಡಿನ ಮೇಲೆ ಬೀಳುವಂತೆ ಅಲುಗಾಡಿಸಿದ. ಅಲ್ಪ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಇದ್ದ ಕಫದ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಗಿನಿಹಂದಿಯನ್ನು ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಅವು ರೋಗವನ್ನು ಪಡೆಯಲಿಲ್ಲ. ಮಧ್ಯಮ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿದ್ದಾಗ ೧೬ ರಲ್ಲಿ ೩ ಮಾತ್ರ ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದವು. ಇತರ ಮೂರು ಪ್ರಯೋಗಗಳಲ್ಲಿ, ತುಂಬ ವಿಪುಲ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳಿದ್ದಾಗ, ೧೧ ಪ್ರಾಣಿಗಳಲ್ಲಿ ೬ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದವು. ಈ ತೆರನಾದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಮನುಷ್ಯರಲ್ಲೂ ತೋರಿ ಬಂದಿದೆ. ಹೀಗೆ, ಅಸ್ವಸ್ಥಗೊಳ್ಳು ವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗಿಂತ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳ ಸುತ್ತ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ೩ ರಿಂದ ೪ ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ.

ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಯ ಸಾಮೀಪ್ಯದಿಂದ ರೋಗವು ಬರುವುದನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆಯಲಿಕ್ಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ವಸ್ತುಗಳಾದ ಕರ ವಸ್ತ್ರ, ಪಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಮಕ್ಕಳು ತಮ್ಮ ಕೈಯಿಂದ ಮುಟ್ಟಿ, ಅದೇ ಕೈಯನ್ನು ಬಾಯಿ, ಮೂಗು ಮತ್ತು ಕಣ್ಣಿನಲ್ಲಿ ಇರಿಸಿ ರೋಗವನ್ನು ಪಡೆಯಬಲ್ಲರು. ಮಲಿನಗೊಂಡ ಆಹಾರ – ಅದರಲ್ಲೂ, ಕ್ಷಯ ಹೊಂದಿದ ಹಸುವಿನ ಕೆಚ್ಚಲಿನ ಹಾಲನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ರೋಗವು ಬರಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಘಾಸಿಗೊಂಡ ಚರ್ಮದ ಮೂಲಕ ದೇಹದೊಳ ಸೇರುವ ಉದಾಹರಣೆಗಳಿವೆ. ಪ್ರಯೋಗಶಾಲೆಯ ಕೆಲಸಗಾರನೊಬ್ಬ ರೋಗಾಣು ಸೇರ್ಪಡೆ ಹೊಂದಿದ ಸೂಜಿಯನ್ನು ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ಸವರಿಕೊಂಡಾಗ ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಗಂಟು ಹೊಂದಿದುದು ಈ ಲೇಖಕನ ಅನುಭವಕ್ಕೆ ಬಂದಿದೆ. ಅಂತಹ ಘಟನೆಗಳು ತೀರ ಅಪರೂಪ.

ಮಾನವನಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಬರುವ ಮುಖ್ಯ ಮಾರ್ಗ ಉಸಿರಾಟ ಮಂಡಲದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇವಿಸುವ ಗಾಳಿಯ ಮೂಲಕವೇ ಆಗಿದೆ.

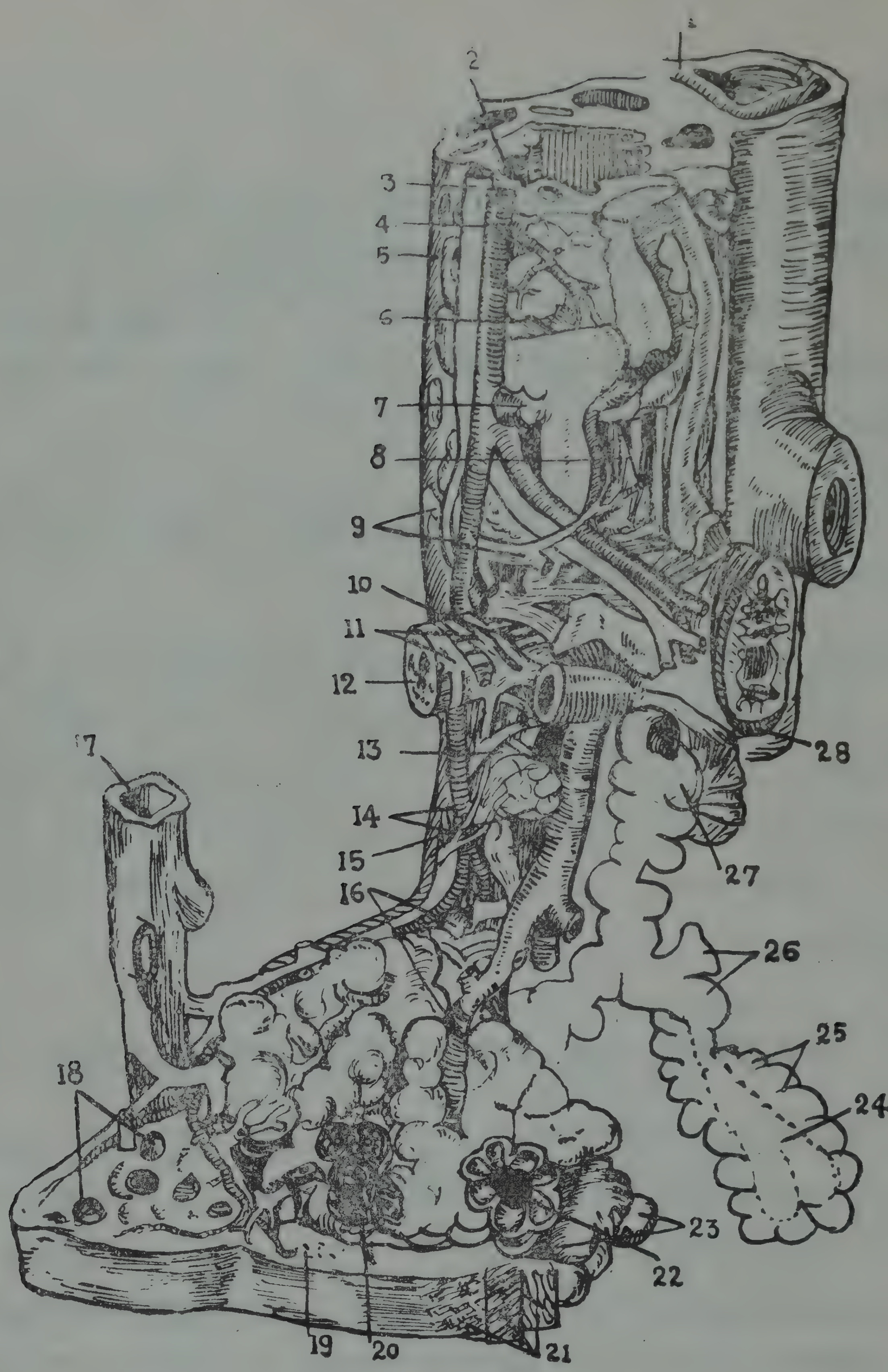
ಇಂದು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಕೃತಕ ಔಷಧಿ – ಐಸೋನಿಕೋಟೀನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್‌ನ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಪಡೆದಿರುವುದು ಮಹತ್ವದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ರೋಗವನ್ನು ಇತರರು ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅಂತಹ ಜೀವಾಣುಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣಬದ್ಧವಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ.

ಆಕ್ರಮಣ, ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣಗಳು

ಜೀವಾಣುಗಳು ಗಾಳಿಯ ಮೂಲಕ ಒಳ ಸೇರುತ್ತವೆ. ನೈಸರ್ಗಿಕ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ತಡೆಗಳನ್ನು ದಾಟಿದ ಮೇಲೆ (ಗಾಳಿಯ ಪ್ರವಾಹಕ್ಕೆ ಸುತ್ತುವರಿದ ಮೇಲಿನ ಉಸಿರು ನಾಳಗಳು, ಅಲ್ಲಿನ ಚಲಿಸುವ ಲೋಮದ ಲೋಳ್ಪರೆ, ಲೋಳೆ) ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗಾಳಿಯಿಂದ ಉಸಿರಾಟಮಂಡಲದೊಳಕ್ಕೆ ದಾಳಿಯಿಡುತ್ತವೆ. ಪಂಗುಸಿರ್ನಾಳದ ಕೊನೆ ಮತ್ತು ಗಾಳಿಯಾಡಿಕೆಯ ಪಂಗುಸಿರ್ನಾಳ ಸೇರುವ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ (ಬ್ರಾಸ್‌ನ ಮಾದರಿ ಚಿತ್ರ ೫) ಅಥವಾ ಎನ್. ಎಫ್. ಮೆಲ್ನಿಕೊವ್ – ರೇಜ್ವೆಡೆನ್‌ಕೋವ್‌ರ ಪ್ರಕಾರ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಕಿರಿದುಗೊಂಡ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಉಸಿರ್ನಾಳ–ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ವ್ರಣವನ್ನು ೧೯೧೨ರಲ್ಲಿ ಜೆಕ್ ರೋಗ ರಚನಾ ತಜ್ಞ ಘಾನ್ ವರ್ಣಿಸಿದ. ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳ ಶೇಕಡಾ ೧೨ರಲ್ಲಿ ವಿ. ಜಿ. ಷ್ಟೆಫ್ಕೋ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ನೋಡಿದ.

ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣವು ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ವ್ರಣವು ಉಸಿರ್ನಾಳ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದಂತೆ ತೋರಿಬಂದು ತೀವ್ರವಾಗಿ ನಾಶ ಹೊಂದಿ ನಾರೆಳೆ ಮತ್ತು ಜೀವಕಣಗಳ ಒಸರಿಕೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ, ಎ. ಐ. ಅಬ್ರಿಕೋ



ಚಿತ್ರ ೫ - ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಶಾಖೋಪಶಾಖೆಗಳು ಮತ್ತು ಅನಿಲ ವಿನಿಮಯದ ಗೂಡಿನ ರಚನೆ (ಬ್ರಾಸ್‌ರ ಪ್ರಕಾರ)

(೧) ಶ್ವಾಸ ಅಪಧಮನಿ; (೨) ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಲೋಳ್ಪರೆ; (೩) ನರ; (೪) ಉಸಿರ್ನಾಳ ಅಪಧಮನಿ; (೫) ಸಂಪರ್ಕ ಅಂಗಾಂಶದ ತೆಳುಪದರು; (೬) ಸ್ನಾಯುವಿನ ತೆಳುಪದರು; (೭) ಮೃದ್ವಸ್ಥಿಯ ಸಾಲುಗಳು; (೮) ಸ್ನಾಯುವಿನ ತೆಳುಪದರಿನೊಳಗೆ ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳ ಜಾಲವನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಕೃತಕ ರಂಧ್ರ; (೯) ಉಸಿರ್ನಾಳ ಅಭಿಧಮನಿ; (೧೦) ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳ ಜಾಳಿಗೆ; (೧೧) ತಂತುವಿನ ಜಾಳಿಗೆ; (೧೨) ಪಂಗುಸಿರ್ನಾಳ; (೧೩) ಕೊಟ್ಟ ಕೊನೆಯ ನವಿದುಸಿರ್ನಾಳ; (೧೪) ಉಸಿರ್ನಾಳ ಅಪಧಮನಿ; (೧೫) ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ ಗಾಳಿಗೂಡು; (೧೬) ಗಾಳಿಗೂಡಿನ ಮೂರು ಸಾಗು ನಾಳಗಳು; (೧೭) ಶ್ವಾಸ ಅಭಿಧಮನಿ; (೧೮) ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿನ ಅನಿಲ ವಿನಿಮಯ ಗೂಡಿನ ರಂಧ್ರಗಳು (ಕತ್ತರಿಸಿದ); (೧೯) ಅನಿಲ ವಿನಿಮಯ ಗೂಡಿನ ಮಧ್ಯ ವರ್ಣ; (೨೦) ಗಾಳಿಗೂಡಿನ ಲೋಮ ನಾಳಗಳ ಜಾಲರಿ ಜಾಳಿಗೆ; (೨೧) ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಮೂರು ಪದರುಗಳು; (೨೨) ರಂಧ್ರಗಳೊಡನೆ ಗಾಳಿ ಗೂಡಿನ ಚೀಲಗಳು; (೨೩) ಅಂಚಿನಲ್ಲಿನ ಗಾಳಿಗೂಡುಗಳು; (೨೪) ಗಾಳಿಗೂಡಿನ ಸಾಗುನಾಳಗಳು (ಹರಡಿದ ತುದಿ); (೨೫) ಬೇರ್ಪಡಿಸುವ ವಿಭಾಜಕ ಪದರು; (೨೬) ಗಾಳಿಗೂಡುಗಳು; (೨೭) ಗಾಳಿಗೂಡಿನ ವಿಸ್ತರಣ; (೨೮) ಕವಲು ಸಿರ್ನಾಳ.

ಸೋವ್ ಮೂರು ಹಂತಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ: ಕ್ಷಯದ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ, ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಕೋಶರಚನೆ, ಸುಣ್ಣಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಇಲ್ಲವೆ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಮೂಳೆಯಾಗುವಿಕೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಲ್ಲಿ ಗುಣಹೊಂದುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ.

ಹೆಚ್ಚು ಬಾರಿ, ಒಂದೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣವು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ (ವಿ. ಜಿ. ಷ್ಟೆಫ್ಕೋ ಪ್ರಕಾರ ಶೇಕಡಾ ೮೩.೫ ರಲ್ಲಿ). ಘಾನ್ ಶೇಕಡಾ ೧೬.೫ ರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ನೋಡಿದನು. ಒಬ್ಬ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ, ಘಾನ್ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಕ್ ೧೬ ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿದರು. ಅದು ಮೂರೂವರೆ ವರುಷದ ಮಗುವಿನಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಿತು. ಈ ವಿಷಯದ ಮೇಲಿನ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಪ್ರಕಾರ ಸರಾಸರಿ ಶೇಕಡಾ ೧೨ ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಸಂಖ್ಯೆಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣಗಳು ಇರುತ್ತವೆಯೆಂದು ತೋರಿಬಂದಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣವು ಎರಡೂ ಪುಪ್ಪುಸಗಳ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರಬಹುದು. ಆದರೂ ಎಡಗಡೆಗಿಂತ ಬಲಗಡೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಸಿಗುತ್ತದೆ, ಶೃಂಗ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವುದು ಕಡಿಮೆ.

ಕುಸ್ ಹೇಳಿದಂತೆ ಹೆಚ್ಚು ಗಾಳಿಯಾಡುವ ಪುಪ್ಪುಸದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣಗಳು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಆದರಿಂದಾಗಿ ವ್ರಣಗಳು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೆಳಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತವೆ.

ಎ. ಐ. ಅಬ್ರಿಕೋಸೋವ್ ಮತ್ತು ಎ. ಐ. ಸ್ಟ್ರುಕೋವ್ ಪ್ರಕಾರ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣದ ಗಾತ್ರವು ೦.೫ ರಿಂದ ೨ ಸೆ.ಮೀ. ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಇರಬಲ್ಲದಾಗಿದೆ. ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತವು ಬೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿ ದುಂಡಗೆ ನಾರಿನ ಎಳೆಯ ಕೋಶವನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ (ಕೆ. ಇ. ರಾಂಕೆ). ಘಾನ್‌ನ ಕ್ಷಯಗಂಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದ ಸಂಕೀರ್ಣದ ಪುಪ್ಪುಸದ ಭಾಗವೆಂದು ರಾಂಕೆ ವರ್ಣಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಸಂಕೀರ್ಣದ ಎರಡನೆಯ ಭಾಗವು ಸ್ಥಳೀಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿ ಇದೇ ಬಗೆಯ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗವು ದೇಹಾದ್ಯಂತ ಪಸರಿಸುವ ರೋಗ. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ದೇಹವನ್ನು ಆಕ್ರಮಿಸಿದ ಮೇಲೆ, ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರವೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡು ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಒಳಸೇರಿದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡು ಬರುತ್ತವೆ. ಅವು ಎಲ್ಲ ಕಡೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಹರಡಿದಾಗ, ಇಡೀ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಅದನ್ನು ಟುಬರ್‌ಕ್ಯುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ತೋರಿಸಬಹುದು.

ಮಾನವ ದೇಹವು ಕ್ಷಯದ ಸೋಂಕಿನ ವಿರುದ್ಧ ಸಾಕಷ್ಟು ನಿರೋಧವನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಅಂಗ ರಚನೆಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಜನರಲ್ಲಿ ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಯಾವ ವಿಶೇಷ ಕ್ರಮಗಳು ಬೇಡ. ಆದರೆ ಅದು ಅನಂತರ ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ರೋಗವಾಗಿ ಬೆಳೆದಾಗ ದೀರ್ಘಾವಧಿಕಾಲ ಉಳಿಯುತ್ತದೆ.

ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಬಾಧಿತತ್ವ

ಮಾನವ ದೇಹವು ಕ್ಷಯದ ಸೋಂಕಿನ ವಿರುದ್ಧ ನೈಸರ್ಗಿಕ ಪ್ರತಿರೋಧವನ್ನು ತೋರಿಸುವುದು. ಅದು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಆಕ್ರಮಿಸಿದಾಗ ದೇಹವು ತೋರಿಸುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ. ಕ್ಲಿಮೆನ್ಸ್ ಪಿರ್ಕೆ ಅದನ್ನು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆ* ಎಂದು ಕರೆದ. ಬದಲಾದ ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ತೀವ್ರತೆಯಿಂದ ಪ್ರಕಟಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದ ದೇಹದಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಸೇರದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳು ತ್ಯಜಿಸುವ ವಸ್ತುಗಳಿಗೆ (ಅವುಗಳ ನಾಶದಿಂದ ಹೊರಬರುವ ಜೀವಿಷ) ದೇಹದಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು. ದೇಹದಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ಇಳುವರಿ ದೈಹಿಕ ರಕ್ಷಣೆಯ ಶಕ್ತಿಗುಂದುವಿಕೆಯಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತವೆ. ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿ ಟುಬರ್‌ಕ್ಯುಲಿನ್ ಸೇರಿಕೆಗೆ ತೋರುವ ವಿಪರೀತ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಗೋಚರವಾಗುತ್ತದೆ. ಟುಬರ್‌ಕ್ಯುಲಿನ್, ಕಾಕ್‌ರ ಪ್ರಕಾರ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ತಳಿಯಿಂದ ಗ್ಲಿಸರೀನ್ ಮೂಲಕ ತೆಗೆದ ಸಾರವಾಗಿದೆ. ಟುಬರ್‌ಕ್ಯುಲಿನ್‌ನ್ನು ಅಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರತಿರೋಧಜನಕ (ಹ್ಯಾಪ್ಟೀನ್) ವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅದನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಪ್ರಾಣಿ ಅಥವಾ ಮನುಷ್ಯನಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಿದಾಗ ಯಾವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯೂ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ತದ್ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ, ಕ್ಷಯದ ಪ್ರಾಣಿ ಅಥವಾ ಮನುಷ್ಯನಿಗೆ ಚರ್ಮದ ಕೆಳಗೆ ಅತ್ಯಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ (ಉದಾ : ೧ : ೧,೦೦೦,೦೦೦) ಕೊಡಮಾಡಿದಾಗ ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ತ್ರಿವಿಧ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸುತ್ತದೆ. (ಅ) ದೈಹಿಕ : ಜ್ವರ- (ಬ) ವ್ರಣದ ಬಳಿ– ಜೀವಂತ ವಸ್ತುವಿನಲ್ಲಿರುವ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣದ ಬಳಿ ತೀವ್ರತೆರನಾದ ಉರಿತ ಮತ್ತು (ಕ) ಸ್ಥಳೀಯ – ಚುಚ್ಚುಗೆಯನ್ನು ಕೊಟ್ಟ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ.

ಟುಬರ್‌ಕ್ಯುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಾಕ್‌ನ ಮೂಲ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಶುದ್ಧವಾದ ಟುಬರ್ ಕ್ಯುಲಿನ್ ಸಾರ (ಓ.ಟಿ. – ಹಳೆಯ ಟುಬರ್ ಕ್ಯುಲಿನ್)ನ್ನು ಚರ್ಮದಡಿ ಸೇರಿಸುವುದಾ

* ಗ್ರೀಕ್ ಶಬ್ದದಿಂದ ಅಲ್ಲೋಸ್ – ಬೇರೆ, ಮತ್ತು ಯರ್ಗಾನ್ – ಪರಿಣಾಮ.

ಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಇಂದು ಹಳೆಯ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಉಪಯೋಗದಿಂದ ತೆಗೆದು ಹಾಕಲಾಗಿದೆ. ಪಿರ್ಕೆಯ ಗೀರು ಗಾಯಗೊಳಿಸುವ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಮಾಂಟೂರ ಚರ್ಮದೊಳಗಿನ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಅವುಗಳನ್ನು ಮುಂದೆ ವಿವರಿಸಲಾಗುವುದು.

ಸೋಂಕು ದೇಹವನ್ನು ಆಕ್ರಮಿಸಿದ ಕೆಲವು ಸಮಯದ ನಂತರ ನೆಗೆಟಿವ್ ಆಗಿದ್ದ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಮಾರ್ಪಾಟು ಹೊಂದುವುದು. ಆ ಬದಲಾವಣೆಯಿಂದ ಪಾಸಿಟಿವ್ ಆಗಿ ಬದಲಾಗುವುದು. ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚುಚ್ಚುವಿಕೆಗೆ ತೋರಿಬರುವ ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಸೋಂಕಿನ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ಸೋಂಕು ಸೇರಿದಾಗ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿ ಚರ್ಮವು ಕೆಂಪಾಗಿ ಗಂಟೊಂದು ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತದೆ.

ಚರ್ಮದ ಮತ್ತು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಚರ್ಮದೊಳಗಿನ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ವಿವೇಚಿಸುವಾಗ, ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಟ್ಟ ನಂತರ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಬಿ. ಸಿ. ಜಿ. ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಟ್ಟ ೧ ರಿಂದ ೩ ತಿಂಗಳ ತರುವಾಯ ಶೇಕಡಾ ೧೦೦ ಜನರಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಬಾಯಿಂದ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡ ಮಾಡಿದಾಗ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯು ೧.೫ ರಿಂದ ೨ ವರುಷಗಳ ಕಾಲ ಉಳಿಯುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಚರ್ಮದೊಳಗೆ ಕೊಡ ಮಾಡಿದಾಗ ಅದು ೫ ರಿಂದ ೭ ವರುಷಗಳ ಕಾಲ ಉಳಿಯುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ದೇಹವನ್ನು ಆಕ್ರಮಿಸಿದಾಗ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣವೊಂದೇ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲ. ಅದರೊಡನೆಯೇ ದೇಹದಲ್ಲಿ ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯೂ ಆಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಇತರ ಸೋಂಕುಗಳಾದ ಸಿಡುಬು, ಕೆಂಜ್ವರದಂತೆ ದೃಢವಾಗಿ ಉಳಿಯುವುದಲ್ಲ. ಆದರೂ ರಕ್ಷಣಾ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ರೂಪುಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಅದಕ್ಕೆ ಮಹತ್ವವಿದೆ. ಕ್ಷಯದ ಸೋಂಕಿನ ವಿರುದ್ಧ ತೋರಿಸುವ ವಿಶಿಷ್ಟ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ತೆರನಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಅಲೆಯಂತೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ಅಷ್ಟಾಗಿ ಗೋಚರಿಸದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಒಂದರ ನಂತರ ಮತ್ತೊಂದಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಾನತೆಯಿದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಪುಪ್ಪುಸುರಿತದ ಹರಡಿಕೆಯ ವ್ರಣಗಳು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ತೀವ್ರತೆಯೊಡನೆ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಪ್ರಭಾವ ಇಳಿಮುಖವಾದಾಗ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಕ್ರಮ ಮತ್ತು ರೋಗದ ಪ್ರಭಾವಹೀನತೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ.

ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಗೆರೆಗಳು ಸಮಾನಾಂತರವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ಅದನ್ನು ಕಂಡು ಕೆಲವು ಲೇಖಕರು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಗಳು ಕ್ಷಯ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸಂಬಂಧವಿಲ್ಲದ ಜೈವಿಕ ಕ್ರಿಯೆಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಲೇಖಕನ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಂತೆ ಅವೆರಡೂ ಒಂದೇ ವಿಷಯವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿ, ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಏರಿಳಿತ ತೋರಿಸುವ ಎರಡು ಮುಖಗಳು ಎಂದು ತಿಳಿಯಬೇಕು.

ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಬದಲಾಗುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಕೆ. ಇ. ರಾಂಕಿಯವರು ಹೇಳಿದ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪ್ರಚಲಿತವಿದ್ದಿತು. ಅವರ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆಕ್ರಮಣವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಪುಪ್ಪುಸ–ಗ್ರಂಥಿಯ ಸಂಕೀರ್ಣವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದು. ಅದರ ನಂತರ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು (ಹಂತ ೧) ಗೋಚರಿಸುವುವು. ಆಮೇಲೆ ಸೋಂಕು ದೇಹಾದ್ಯಂತ ಹರಡುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯಿದೆ. (ಹಂತ ೨ ದೇಹಾದ್ಯಂತ ಹರಡಿಕೆ). ಕೊನೆಗೆ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗಿ, ಕ್ಷಯರೋಗವು ಒಂದೇ ಅಂಗದಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. (ಹಂತ ೩– ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು).

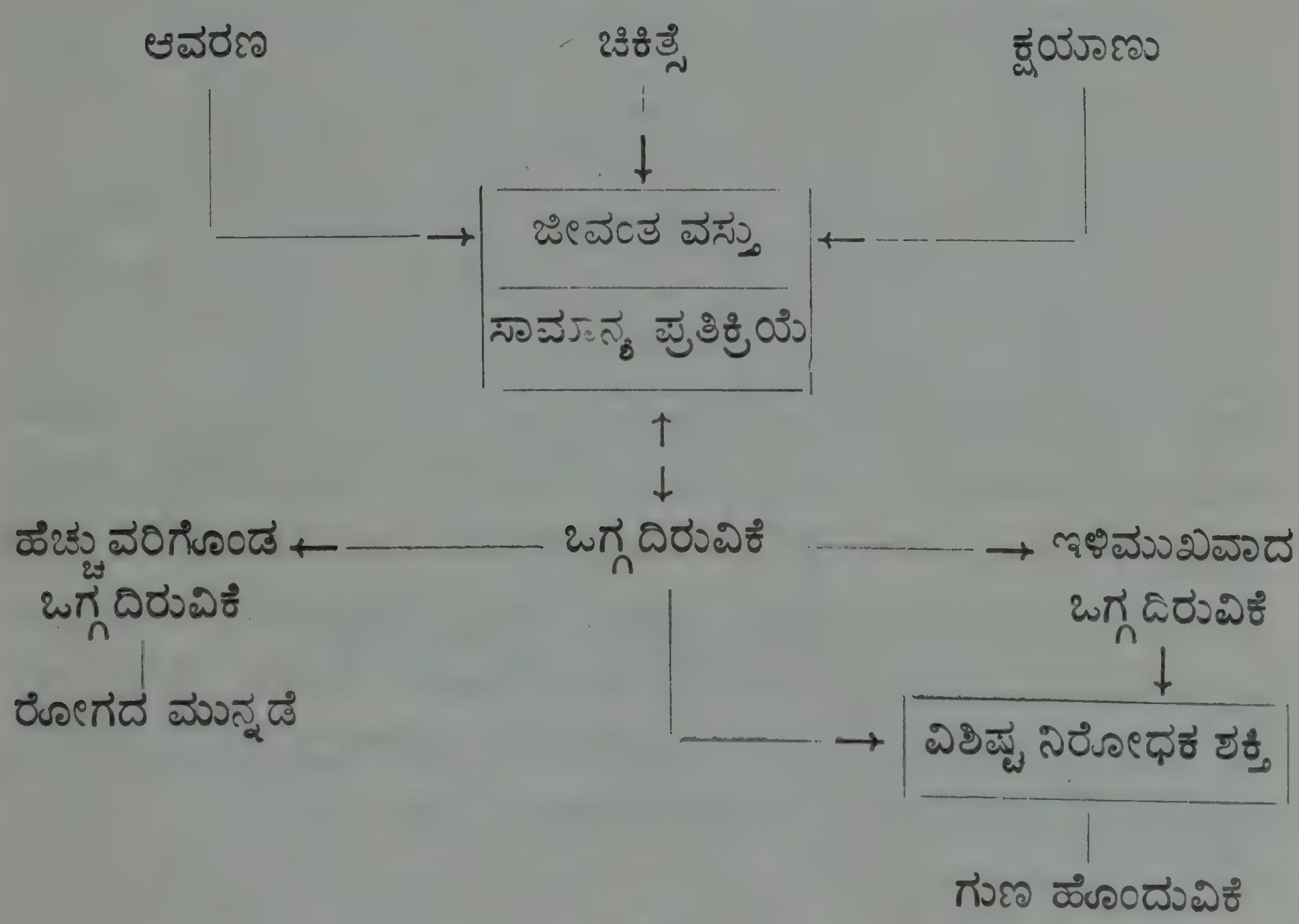
ರಾಂಕಿಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯವು ಹೆಚ್ಚು ವಿರೋಧವನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಯಿತು. ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ಅದರಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಏರುಪೇರುಗಳು ಕ್ಷಯದ ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ರೋಗಿಯ ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಆವರಣ ಬೀರುವ ಪ್ರಭಾವದಿಂದಲೂ ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ತೆರನಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೆ ಪರಿಮಿತವಾದ ಕ್ಷಯ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಭೌತಿಕ ಪ್ರಭಾವಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಪ್ರಜ್ವಲಿಸಬಹುದು. ಸೂರ್ಯನ ವಿಕಿರಣ ಪ್ರಭಾವ, ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಅಸಮರ್ಪಕ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಇಲ್ಲದೆ ಬೇರೆ ರೋಗಗಳು (ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಗೊಬ್ಬರ, ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು) ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಬಲ್ಲವು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತವಾಗಿ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಮೂರನೆಯ ಹಂತದ ನಂತರ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ದೇಹದಾದ್ಯಂತ ಹರಡಿಕೆಯ ತೋರಿಸುವ ಎರಡನೆಯ ಹಂತವು ಮರುಕಳಿಸುತ್ತದೆ.

ರಾಂಕಿಯ ಪ್ರತಿಪಾದನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಎದ್ದ ತೀವ್ರತರ ಟೀಕೆ ಮತ್ತು ಅನಂತರ ದೈಹಿಕವಾಗಿ, ರೋಗಿಷ್ಠ ಅಂಗಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಗೋಚರಿಸಿದ ಹೊಸ ವಿಷಯಗಳ ಫಲವಾಗಿ ಇಂದು ಎಲ್ಲರೂ ಒಪ್ಪಿರುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಮುಂದೆ ಬಂದಿದೆ. ಅದರ ಪ್ರಕಾರ ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ಎರಡು ಹಂತವಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕದ ಅನಂತರ ವೃದ್ಧಿಗೊಳ್ಳುವ ಕ್ಷಯ. ಇವುಗಳನ್ನು ಬೇರೆ

ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗುವುದು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದಾದರೂ ಇಂದು ಆ ತೆರನಾದ ಕ್ಷಯವನ್ನು ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿಯೂ ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ನೈರ್ಮಲ್ಯ ವಾತಾವರಣ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯರೋಧಕವಾಗಿ ಲಸಿಕೆ ತೆಗೆಯುವುದು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಸೋಂಕನ್ನು ದೊಡ್ಡವರಿಗೆ ಸಾಗಹಾಕಿದೆ.

ಆಕ್ರಮಣ ಮತ್ತು ಅನಂತರ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವ ರೋಗ– ಇವೆರಡೂ ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಬದಲಾಗುವ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತವೆ. ಪ್ರತಿ ರೋಧಜನಕದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆಕ್ರಮಣದ ವಿರುದ್ಧ ದೇಹವು ಸಾಮಾನ್ಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವುದು. ಐ. ಪಿ. ಪಾವ್‌ಲೋವ್‌ರ ಪ್ರಕಾರ ಅದು ಸೋಂಕಿನ ವಿರುದ್ಧ ದೇಹವು ರೂಪಿಸುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಿಧಾನಗಳು. ಅದೇ ವಸ್ತುವನ್ನು ಪದೇ ಪದೇ ದೇಹದೊಳ ಸೇರಿಸಿದಾಗ ರೋಗದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಬದಲು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಹೆಚ್ಚಾದುದನ್ನು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗಿದೆ (ಚಿತ್ರ ನೋಡಿ).

ಕ್ಷಯದ ಸೋಂಕಿನಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು



ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿನ ಹೆಚ್ಚುವರಿಗೊಂಡ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರತರನಾದ ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ನಾಶಹೊಂದುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ.

ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯು ಇಳಿಮುಖವಾದಾಗ, ಪದೇ ಪದೇ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಕೊಡಮಾಡಿದರೂ ಯಾವುದೇ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ತೋರಿಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಅದು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಹೆಚ್ಚಿನ ರಕ್ಷಣಾ ಶಕ್ತಿಯ ದ್ಯೋತಕವಾಗಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಯೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಬದಲುಗೊಂಡ ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ತರುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. (ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ತೋರಿಸುವ ಶಕ್ತಿ, ಎ. ಪಿ. ಅಬ್ರಿಕೋಸೋವ್ ಪ್ರಕಾರ). ಇದು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಮತ್ತು ನೈಸರ್ಗಿಕ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಪ್ರಚೋದನೆ ಮತ್ತು ವಿಶಿಷ್ಟ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಬಾಧಿತತ್ವವು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದು ಜೀವಂತ ಮತ್ತು ಉಗ್ರ ಸ್ವರೂಪಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ದೇಹದೊಳಗೆ ಉಳಿದಾಗ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದೆ. ಆದರೂ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ಮುಂದೆ ಬಂದಿವೆ. ಸತ್ತ ಜೀವಾಣುಗಳನ್ನು ದೇಹದೊಳಗೆ ಸೇರಿಸಿದಾಗಲೂ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಅಬಾಧಿತತ್ವವು ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗುವುದೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಕ್ಷಯದ ಅಂಗಾಂಶವನ್ನು ರೋಧಜನಕ ವಸ್ತುವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ನಿರೋಧಿಸುವ ಹೆಚ್ಚು ಶಕ್ತಿಯು ಲಭ್ಯವಾಗುವುದು. ಇದು ಕೋಶದಲ್ಲಿ ತಾಳಿಕೊಳ್ಳುವ ಶಕ್ತಿಯಾಗಿ ತೋರಿಬಂದು ರೋಗ ಹೊಂದಿದ ವ್ರಣದ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಗುಣ ಹೊಂದುವ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಚಾಲನೆ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಆದರಿಂದಾಗಿ ಉರಿತದ ಒಸರಿಕೆಗಳು ಹೀರಲ್ಪಡುತ್ತವೆ, ಬೆಳೆದ ವ್ರಣಗಳು ನಾರಿನಂತಾಗುತ್ತವೆ, ಹುಣ್ಣುಗಳು ಮಾಯುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕ್ಷಯದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಮಾಯ್ದು ಮುಚ್ಚಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಸೂಚಿಸಿದ ಈ ಬದಲಾವಣೆಗಳಲ್ಲದೆ ನಂಜಿನ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳು ದೂರವಾಗುತ್ತವೆ, ಜೀವಸ್ರುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ಉತ್ಕರ್ಷಣ ವಿಧಾನ ಸಾಮಾನ್ಯ ತೆರನಾಗುತ್ತದೆ. ನಿದ್ದೆ, ಹಸಿವೆ, ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ತೂಕ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತವೆ. ಉದ್ಯೋಗದ ಪುನರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳು ಗುಣಹೊಂದುವುದನ್ನು ನೋಡಿ, ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳ ಮೇಲೆ ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಬರುವ ರೋಗದ ಸಾಮಾನ್ಯ ದೈಹಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧವಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೨

ಶರೀರದಲ್ಲಿ ರೋಗದಿಂದಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ

ಮೊದಲು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ, ಕ್ಷಯದ ಉರಿತವು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಒಳಹೊಕ್ಕು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಉಳಿಯುವುದರಿಂದ ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತದೆ. ಜೀವಾಣು ದೇಹಕ್ಕೆ ಸೇರದ ವಸ್ತುವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅದರ ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆ ಯಿಂದ ಉದ್ಭವವಾದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಮತ್ತು ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಸ್ತುಗಳು, ಸುತ್ತಣ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಉರಿತದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯು ಶ್ವಾಸ ಕೋಶದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯರೂಪದಲ್ಲಿ ಬಹು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ.

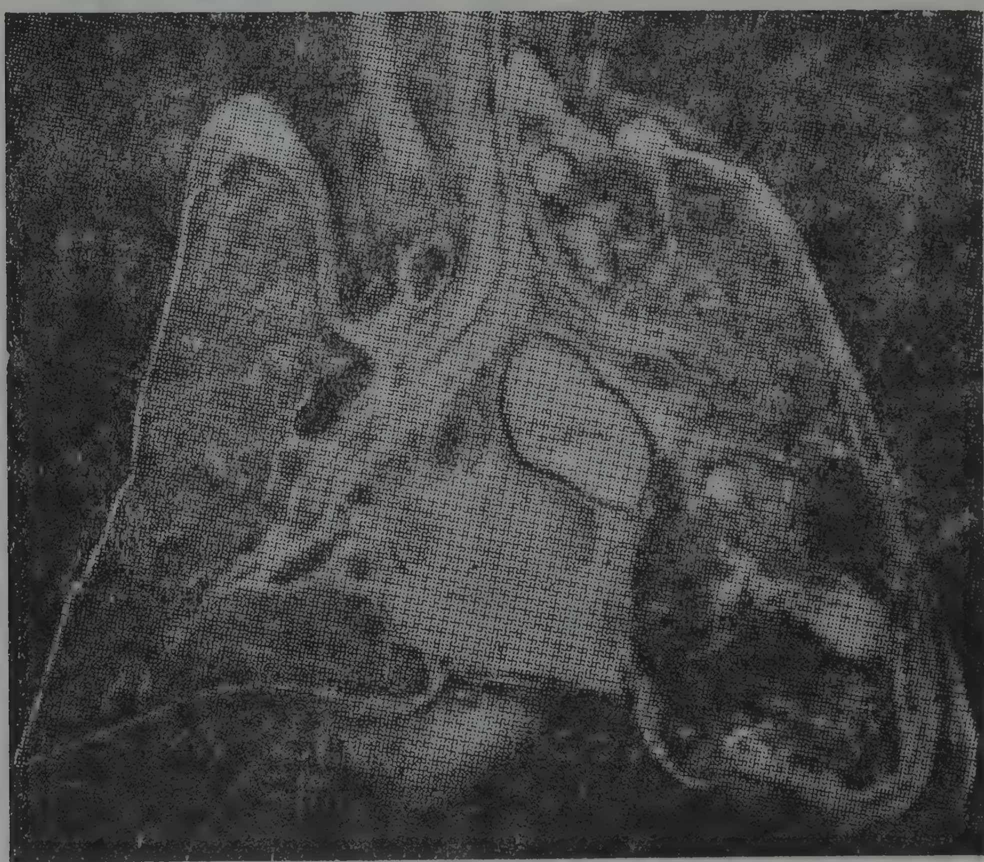
ಉರಿತದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ– ಅದರಲ್ಲೂ ಒಸರಿಕೆ ಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಉರಿತದ ವ್ರಣಗಳ ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣವು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶಹೊಂದುವುದಾಗಿದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಒಸರಿಕೆಯ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೂ, ಕ್ಷಯರೋಗದ ಉರಿತದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ನಾಶ ಕ್ರಿಯೆಯು ಮುಖ್ಯವಾದುದಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ, ಆತನ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಒಂದು ಅಥವಾ ಮತ್ತೊಂದು ಉರಿತದ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಅವಶ್ಯವೆನಿಸಿದ ಕಡೆ ಮುಂದಿನ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸ ಲಾಗುವುದು.

ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣ

ಎ. ಪಿ. ಅಬ್ರಿಕೋಸೋವ್ ಮತ್ತು ಎ. ಐ. ಸ್ಟ್ರುಕೋವ್ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯವು ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು ಯೌವನಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ (ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳ ಶತಾಂಶ ೨೦ ರಲ್ಲಿ) ಹಾಗೂ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ (ನೂರಕ್ಕೆ ೮ ರಿಂದ ೧೦ ರಷ್ಟು) ಸಹ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ತಿರುಳಿನಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣು ಸೇರ್ಪಡೆ ಹೊಂದಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ

ವ್ರಣವು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ವ್ರಣದ ಮಧ್ಯಭಾಗದಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಪುಪ್ಪುಸುರಿತದ ಪ್ರದೇಶವಿರುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಅದರ ಸುತ್ತ ರಕ್ತ ರಸ, ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ಸೇರಿಕೊಂಡು ಸುತ್ತಣ ಉರಿತವನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣದ ಸ್ಥಳದ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಅದರ ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶಹೊಂದಿದ ವ್ರಣವನ್ನು ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ತೆರನಾಗಿ ಉರಿತವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಎರಡು ಧ್ರುವಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ; ಅವೆರಡೂ ಉರಿತವನ್ನು ತೋರುವ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ. ಆ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಸುತ್ತ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ, ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಅನಂತರ ಕ್ಷಕಿರಣ ಚಿತ್ರದ ಮೂಲಕ ನೋಡಿದರೆ, ಸುತ್ತಣ ಉರಿತವು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಮಾಯವಾಗುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದು. ಮೇಲೆ ಸೂಚಿಸಿದ ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಎರಡು ಧ್ರುವಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಫುಟವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ (ಎರಡು ಧ್ರುವಗಳ ಹಂತ). ರೋಗಿಷ್ಠ ಅಂಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯ ಸಂಕೀರ್ಣದ ಎರಡೂ ತುದಿಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಫುಟವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು (ಚಿತ್ರ ೬).



ಚಿತ್ರ ೬ : ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣ ಮತ್ತು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶಹೊಂದಿದ ಸ್ಥಳೀಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು (ಘಾನ್‌ರಂತೆ)

ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೊದಲ ಹಂತವು ಕ್ವಚಿತ್ತಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಈ ವ್ರಣವನ್ನು ಮೊದಲಬಾರಿಗೆ ಘಾನ್ ಮತ್ತು ರೋಮನ್ ಐದೂವರೆ ತಿಂಗಳ ಕೂಸಿನಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿದರು. ಅದರ ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ

ನಾರೆಳೆ– ಜೀವಕಣಗಳ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಅದರ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರಕದ ನಾಶವು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಉದ್ಭವವಾಗಿ ನಾಶ ಮೊದಲಾದುದನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಗಾಳಿಗೂಡಿನ ಉರಿತದ ಆ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಬರುವ ಒಸರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಜೀವಕಣಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಗಾಳಿಗೂಡಿನ ಸ್ವಾಹಾಕಣಗಳೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದೆ. ಆ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ತೋರಿಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಅನಂತರ ಸುತ್ತಲಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ ಹಾಗೂ ಅದರ ಸುತ್ತ ನಾರೆಳೆ ಹರಡಿದ ಉರಿತ ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತದೆ. ಸುತ್ತಣ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಹರಳಿನಂತಹ ಜೀವಕಣ ಕೋಶವು ರಚನೆಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದ ಪ್ರದೇಶದ ಸುತ್ತಲೂ ಹೊಪ್ಪೊರೆ ಕಣಗಳು ಬೆಳವಣಿಗೆಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಇದರ ಅನಂತರದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ವ್ರಣವು ಸುತ್ತಲಿನ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಬೇರ್ಪಟ್ಟು, ನಾರೆಳೆಯಿಂದ ಮುಚ್ಚಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶಹೊಂದಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಮತ್ತು ರಂಜಕದ ಲವಣಗಳು ಇಡಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಆ ಪ್ರದೇಶವು ಮೂಳೆಯಂತೆ ಗಟ್ಟಿಯಾಗುವುದು. ಆ ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲೂ ಉರಿತದ ಒಸರಿಕೆಯುಂಟಾಗಿ, ಅನಂತರ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚು ತೀವ್ರವಲ್ಲದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅದರ ಸುತ್ತ ಮೃದುವಾದ ಕೋಶವೊಂದು ರಚನೆಯಾಗಿ ಅನಂತರ ಸುಣ್ಣಕಲ್ಲಿನ ರೂಪವನ್ನು ತಳೆಯುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೭). ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶಹೊಂದುವ ಕ್ರಿಯೆಯು ರೋಗದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಜನರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣವು ಈ ತೆರನಾಗಿ ಬೇರ್ಪಟ್ಟು ಕೋಶದೊಳಗೆ ಅಡಕವಾಗಿ ಪ್ರಭಾವಹೀನವಾಗಿ ಮಾಯ್ದು ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಅದೇ ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣ.

ಹರಡುವ ಮಾರ್ಗಗಳು

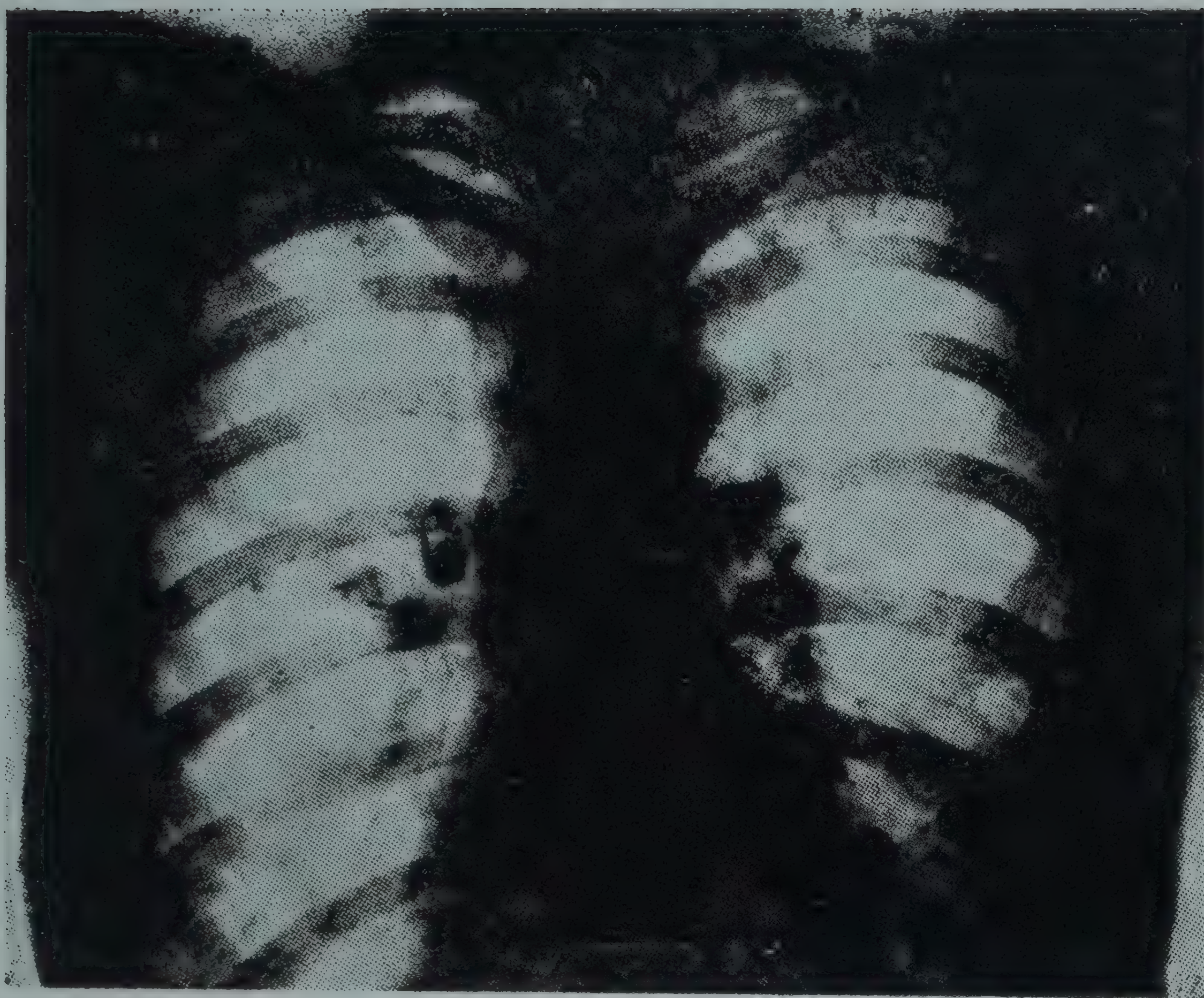
ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಗಿಣ್ಣಗಟ್ಟಿದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಅಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣವಲ್ಲಿ ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತವಲ್ಲದೆ, ಉಗ್ರವಾದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಕ್ಷಯದ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ಇದು ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ನಿಜವೆನಿಸಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದ ಮುಂದುವರಿಕೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ತೆರನಾಗಿರಬಹುದು. ಉಸಿರುನಾಳದ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿರುವ ಕ್ಷಯದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಉಸಿರುನಾಳಕ್ಕೆ ಹರಡಿ, ಅದನ್ನು ನಾಶಗೊಳಿಸಿ ಕೀವುಗಾಲುವೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡಿದ ಉದಾಹರಣೆಗಳಿವೆ. ಅಂತಹ ಉಸಿರುನಾಳ ಕೀವುಗಾಲುವೆಗಳಿಂದ, ಲಕ್ಷಾಂತರ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಗಿಣ್ಣಗಟ್ಟಿದ ಕಣಗಳು ಒಳಹೊಕ್ಕು, ಉಸಿರುನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದಿಂದಾದ ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿಯು ತೀಕ್ಷ್ಣವಾಗಿ ತೋರಿಬರಬಹುದು.

ಈ ತೆರನಾದ ಹರಡಿಕೆಯು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದುದಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅದೊಂದೇ ವಿಧಾನವಲ್ಲ. ಪುಪ್ಫುಸದೊಳಗೆ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಮತ್ತು ಲೋಮನಾಳಗಳು ವಿಪುಲವಾಗಿ ಹರಡಿದ್ದು, ಅವುಗಳ ಮೂಲಕ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಂದ ಬರುವ ಸೋಂಕುಕಾರಕ ವಸ್ತು ಎದೆನಾಳದೊಳಸೇರಬಲ್ಲದು. ಅಲ್ಲಿಂದ ಅದು ಮಲಿನ ರಕ್ತನಾಳಗಳಿಂದ ಬಲ ಹೃದಯವನ್ನು ಸೇರಿ, ಅನಂತರ ಶ್ವಾಸ ರಕ್ತನಾಳದ ಕವಲುಗಳ ಮೂಲಕ ರಕ್ತ ಪರಿಚಲನೆಯ ದೊಡ್ಡ ಚಕ್ರವನ್ನು ಸೇರುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ಜೀವಾಣುಗಳು ದೇಹದಾದ್ಯಂತ ಹರಡಿ, ದೇಹದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಮುಖ್ಯ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಹೊಂದುವುವು. ಸೋಂಕನ್ನು ಪಡೆದ ಅಂಗಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಆಗುವ ಮೊದಲೇ, ಕ್ಷಯದ ಸೋಂಕು ದೇಹಾದ್ಯಂತ ವ್ಯಾಪಿಸಬಲ್ಲುದೆಂದು ರಷ್ಯಾದ ಸಂಶೋಧಕರು (ಎ. ಐ. ಕುದ್ರೆಯಾವೆಟ್ಸೆವಾ, ಜೆಡ್. ಎ. ಲೆಬೆಡೇವಾ, ವಿ. ಐ. ಪುಜಿಕ್) ತೋರಿಸಿದ್ದಾರೆ.

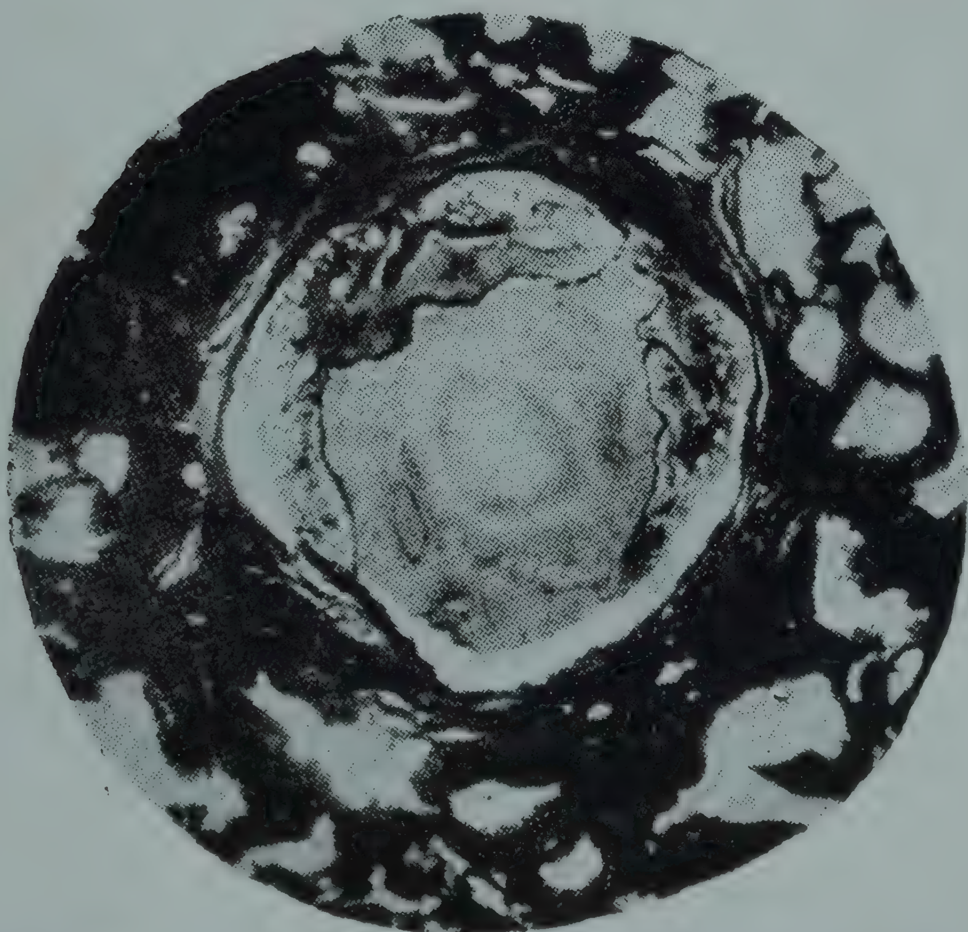
ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣವು ಸಂಪರ್ಕದಿಂದ ಬೆಳೆದು, ಅನಂತರ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳು ಮತ್ತು ಉಸಿರುನಾಳದ ಮೂಲಕ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣದ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿರುವ ಹೊಸ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿತವು ತೋರಿ ಅನಂತರ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶವಾಗಬಹುದು. ಇಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಯು ಇಡಿಯ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಜರುಗಬಹುದು. ಅಲ್ಲಿ ಅದು ದ್ರವಗೊಂಡು ಪೊಳ್ಳು ಉದ್ಭವಿಸಿ ತುಂಬಾ ನಂಜನ್ನುಂಟು ಮಾಡಿ ದೇಹವನ್ನು ಜೀರ್ಣಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ತೆರನಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದಿಂದ ಪುಪ್ಫುಸದ ಕ್ಷೀಣತೆ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ. (ಜಿ. ಆರ್. ರೂಬಿನ್‌ಸ್ಟೀನ್) ಈಗ ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿವೆ. ಮೊದಲು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ, ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸದ ಮೂಲಕ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿ ಎದೆಗೂಡಿನ ಹಾಗೂ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಕರುಳಿನ ಮತ್ತು ಇತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳು ಮತ್ತು ಗ್ರಂಥಿಗಳನ್ನು ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಕಡಿಮೆಯಾದಾಗ ಮತ್ತು ತೀವ್ರತೆರನಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣವಿದ್ದಾಗ, ಹರಡುವ ಮಾರ್ಗಗಳು ವಿಪುಲವಾಗಿವೆ. ಅದು ಹಾಲ್ರಸನಾಳ, ರಕ್ತನಾಳ ಮತ್ತು ಉಸಿರುನಾಳದ ಮೂಲಕ ಕೂಡಲೇ ಹರಡಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣ

ಮೊದಲು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸೋಂಕು ಕರುಳಿನಲ್ಲೂ ಉದ್ಭವವಾಗಬಹುದಾಗಿದೆ. ಕಲುಷಿತ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಇದು ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣವು ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅವುಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಧ್ಯ ಕರುಳಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಅದು ಹಬ್ಬು



ಚಿತ್ರ ೭ ಎ : ಘಾನ್‌ರ ವ್ರಣ (ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ)



ಚಿತ್ರ ೭ ಬಿ : ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ಕೋಶರಚನೆ ಹೊಂದಿದ ಘಾನ್‌ರ ವ್ರಣ–
ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ನಾಶವನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ತ್ತದೆ. ಇದರ ಜೀವಂತ ಉದಾಹರಣೆ ಲುಬೆಕ್ ದುರಂತ (ಜರ್ಮನಿ). ಅಲ್ಲಿ ೨೫೧ ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ರೋಗದ ನಿರೋಧಕ್ಕೆ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಯಿತು. ಆಗ ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ಲಸಿಕೆಯು ಮಾನವ ಕ್ಷಯದ ಪ್ರಬಲ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿಂದ ಕಲುಷಿತ ಗೊಂಡಿದ್ದಿತು. ಈ ಲಸಿಕೆಯ ಫಲವಾಗಿ, ಮಕ್ಕಳು ತೀವ್ರತೆರನಾದ ಕರುಳಿನ ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಹೊದಿದರು. ಇಂತಹ ಕೆಲವು ಸನ್ನಿವೇಶ ಗಳು ಶವಚ್ಛೇದನ ಮಾಡಿದಾಗ ಗೋಚರವಾದವು. ಶವ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಅಳವಡಿಸಿದ ೭೨ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ೭೧ ಕರುಳಿನ ಮತ್ತು ಕರುಳಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣ ವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿದವು.

ಸೋಂಕಿನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣವು ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಎದೆಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯವು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ರೋಗವಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಅದರ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಮುಖ್ಯ ವ್ರಣ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ, ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶ ಹೊಂದಿದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳೂ ಅದರ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳಾಗಿರಬಹುದೆಂದು ರಷ್ಯಾದ ಸಂಶೋಧಕರು (ಎ. ಟಿ. ಷ್ವಾಜರ್ ಮತ್ತಿತರರು) ತೋರಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಅದೇ ತೆರನಾಗಿ ಅಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣವು ಗೋಚರಿಸಿ, ಅಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸದ ವ್ರಣವು ತೋರ್ಪಡದ ಸಂದರ್ಭಗಳೂ ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿವೆ. ಸಂಪೂರ್ಣ ವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯವು ಅದೇ ತೆರನಾದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪುನರಪಿ ಪ್ರಕಟಪಡಿಸಿದ ಉದಾಹರಣೆಗಳೂ ದಾಖಲೆಯಾಗಿವೆ (ನಿಜವಾಗಿ ಸೋಂಕಿನ ಮೇಲೆ ಸೋಂಕು).

ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಕ್ಷಯ

ರಕ್ತದ ಮೂಲಕ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಸೋಂಕಿನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಅನಂತರದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹರಡುತ್ತವೆ. ಆ ತೆರನಾದ ಹರಡಿಕೆಗೆ ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಜೀವಾಣುಗಳು ಕಾರಣ. ಅದರಿಂದಾಗಿ ಜೀವಾಣುಗಳು ರಕ್ತದ ಮೂಲಕ ಎಲ್ಲೆಡೆ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದು ತ್ತವೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಯಾವುದೇ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣದಿಂದ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಜೀವಾಣುಗಳು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಬಹುದು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಎದೆಗೂಡಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು, ಪುಪ್ಪುಸದ ವ್ರಣ, ಮೂತ್ರಜನನಾಂಗದ ವ್ರಣಗಳು, ಬೀಜ ಮತ್ತು ಸುರಳಿನಾಳ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಅಂಡನಾಳದ ಉರಿತ ಮುಖ್ಯವಾದುವು.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ, ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶಹೊಂದಿದ ಸ್ಥಳವೇ ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಗೆ ಉಗಮ ಸ್ಥಾನವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲಿಂದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ರಕ್ತಪ್ರವಾಹದಲ್ಲಿ ಕೊಚ್ಚಿಹೋಗಿ,

ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ, ಅಂಗಭಾಗ ಮತ್ತು ಅದರ ತಾಳಿಕೊಳ್ಳುವ ಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಜೀವಾಣುಗಳ ಹಬ್ಬುಗೆಗೆ ಮಣಿಯುವಿಕೆ– ಇವು ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ.

ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಕ್ಷಯವು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಉರಿತದ ಸ್ಥಳಗಳಾಗಿ ಅಥವಾ, ಕ್ಷಯದ ಉಬ್ಬಿನಂತೆ ಇಲ್ಲವೆ ಸಾವೆಯಂತೆ ನಾಶದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸುತ್ತದೆ. ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಅದು ಸಾವೆ ಕ್ಷಯದ ರೂಪವನ್ನು ಧರಿಸುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೮).

ಎ. ಐ. ಸ್ಟ್ರುಕೋವ್ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಕ್ಷಯದ ಮೂರು ಮುಖ್ಯ ರೂಪಗಳನ್ನು ಕಂಡಿದ್ದಾರೆ : (೧) ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಎಲ್ಲೆಡೆ (೨) ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು (೩) ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರಗೆ.

ಮೊದಲ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ತೀವ್ರವಾದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯವು ಸೇರಿದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅದು ತೀವ್ರ ತೆರನಾಗಿ ಕ್ಷಯದ ನಂಜನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅನೇಕ ಕಡೆ ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯುರಿತವು ತೊಡಕಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವುದು.

ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಕ್ಷಯವು ಸ್ವಲ್ಪ ನಿಧಾನ ರೂಪವನ್ನು ತಳೆಯಬಹುದು. ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯವು ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದರೂ ಅದನ್ನು ಮೊದಲನೆಯ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತಗೊಳ್ಳುವ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಕ್ಷಯದ ವಿವಿಧ ರೂಪಗಳು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿವೆ (ಚಿತ್ರ ೯). ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತ (ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತವಾಗಿ ಶೃಂಗದಲ್ಲಿ ಉಗಮ) ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕ ದೊಡ್ಡ ವ್ರಣದ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ತುಂಬಾ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ರೋಗಗಳು ಸೇರಿವೆ. ರೋಗದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ, ಪುಪ್ಪುಸದ ತಿರುಳನ್ನೂ ರಕ್ತನಾಳ ಪೂರೈಕೆಯ ದೋಷವನ್ನು ಹೊಂದದಿರುವಾಗ ಮತ್ತು ಅದು ಒರಟಾಗಿಲ್ಲದಾಗ, ವ್ರಣಗಳು ಆಧುನಿಕ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿದು ಮಾಯವಾಗುತ್ತವೆ. ತೀವ್ರವಾದ ರೋಗದಲ್ಲಿ, ಈ ಬದಲಾವಣೆಯು ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದ ಉಲ್ಬಣಿಸಬಹುದು. ಅನೇಕ ಬಾಕಿ ತೆಳು ಪದರು ಹೊಂದಿದ ಅನೇಕ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಆ ಬದಲಾವಣೆಯು ಉಸಿರುನಾಳದ ಮೂಲಕ ಹರಡುತ್ತದೆ.

ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯ ಮೂರನೆಯ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರಗಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸಂಚರಿಸುತ್ತಿರುವ



ಚಿತ್ರ ೮ : ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶ ಹೊಂದಿದ ಎದೆಗೂಡಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು
ಮತ್ತು ತೀವ್ರ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ



ಚಿತ್ರ ೯ : ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆ ತೋರಿಸುವ ಬೇರೂರಿದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಹುದುಗಿ ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಯಾವ ಅಂಗದಲ್ಲಿ ಅದು ವ್ರಣವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದೋ ಅದರ ಚಿತ್ರ ರೋಗದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಗುಂಪಿನ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರ-ಜನನ ಮಂಡಲ, ಅಸ್ಥಿ ಮಂಡಲ, ಚರ್ಮ, ಕಣ್ಣು ಮೊದಲಾದುವು ಸೇರಿವೆ.

ಬೇರೂರಿದ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ, ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ರೋಗವನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೆ ರೋಗವು ಹರಡಿದಾಗ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆ ಪ್ರಥಮ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ವಿಸರ್ಜಿಸುವ ಶತಾಂಶ ೧೦ ರೋಗಿಗಳು ಮೊದಲಿನಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿಯೂತವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಸುತ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತಗಳು– ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕ್ಷಯದಿಂದಾದ ಕರುಳ ಸುತ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತವು ಜೀವಾಣುಗಳ ಹರಡಿಕೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಕರುಳಿನ ಹಿಡಿಕೆಯ ಕ್ಷಯದ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ತೀರ ಮಂದಗತಿಯಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವ ರೋಗಗಳನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸವು ಒರಟಾಗಿ, ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿ ಬಲ ಹೃದಯದ ಮೇಲೆ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಭಾರವನ್ನು ಹಾಕುತ್ತದೆ.

ಅನಂತರದ ಕ್ಷಯ

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣವು ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ಮೇಲೆ ಕಂಡುಬರುವ ಯಾವುದೇ ತೆರನಾದ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಅನಂತರದ ಕ್ಷಯ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುವುದು. ಈ ವಿಧಾನವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ, ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅವಧಿಯ ಅನಂತರ, ಮತ್ತೆ ಸೋಂಕು ತಗಲುವುದರಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಇಂದಿನ ಅರ್ಥದಲ್ಲಿ ಪುನರಪಿ ಸೋಂಕು ಎಂದರೆ ಪದೇ ಪದೇ ಒಳಗಿನಿಂದ ಇಲ್ಲವೆ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಜೀವಾಣುಗಳ ಆಕ್ರಮಣದಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವ ರೋಗ.

೨೦ ನೆಯ ಶತಮಾನದ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯವು ಶೃಂಗದ ವ್ರಣದಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತದೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದ್ದಿತು. ರೋಗವು ಅಲ್ಲಿಂದ ಕೆಳಕ್ಕೆ ಹರಡುತ್ತ, ಪುಪ್ಪುಸದ ಒಂದೊಂದೇ ಭಾಗವನ್ನು ಆಕ್ರಮಿಸುತ್ತಹೋಗುತ್ತದೆಂಬ ಭಾವನೆಯಿದ್ದಿತು. ಶೃಂಗದ ವ್ರಣಗಳು ಗಾಳಿಯಿಂದ ದೊರೆತ ಸೋಂಕು ಎಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದ್ದಿತು. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸೋಂಕಿನಲ್ಲಿ ಒಳಹೊಕ್ಕ ಕ್ಷಯಾಣು

ಗಳು ಅಂಗಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ಪಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಯಾವ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನೂ ತೋರ್ಪಡಿಸದೆ ಹುದುಗಿ ಕುಳಿತುಕೊಂಡು ತನ್ನ ರೋಗಕಾರಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಲಾರದೆಂಬ ಹೊಸ ಪುರಾವೆಗಳು ದೊರೆತ ಮೇಲೆ, ಹೊಸ ಅರ್ಥವನ್ನು ಮುಂದೆ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ದೇಹದ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಇಳುವರಿ ಮಾಡುವ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಒಳಗೆ ಹುದುಗಿ ಕುಳಿತ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಪಾಲ್ರಸ ಅಥವಾ ರಕ್ತದ ಮೂಲಕ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಬಲ್ಲವೆಂಬುದು ವೇದ್ಯವಾಯಿತು. ಶೃಂಗ ವ್ರಣಗಳೂ ಅದೇ ತೆರನಾಗಿ ರಕ್ತದ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದ ಉದ್ಭವವಾದವುಗಳಾಗಿವೆ (ಚಿತ್ರ ೧೦). ಯಾವುದೇ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದ ವ್ರಣ ಇಲ್ಲವೆ ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣದಿಂದ ಅಂತರಂಗ ಸೋಂಕು ಪುನರಪಿ ತೋರಿ ಬರಬಹುದು. ಎ. ಐ. ಸ್ಟ್ರುಕೋವ್‌ರ ಪ್ರಕಾರ, ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣಗಳು ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳ ಶತಾಂಶ ೧೨ ರಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಉಲ್ಬಣಿಸಲು ಮತ್ತು ಮರುಕಳಿಸಲು ಕಾರಣವಾಗಿವೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಉಸಿರುನಾಳದ ಮೂಲಕ ಹರಡಬಹುದು. ನಿಶ್ಚಲವಾಗಿದ್ದ ವ್ರಣವು ನೀರಾಗಿ, ಅಲ್ಲಿಂದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಗಿಣ್ಣಗಟ್ಟಿದ ಕಣಗಳು, ಪರಿಸರದಲ್ಲಿನ ಪುಪ್ಫುಸದ ಭಾಗಗಳ ಒಳಕ್ಕೆಳೆಯಲ್ಪಡುತ್ತವೆ.

ಈ ತೆರನಾಗಿ ಪುನರಪಿ ಸೋಂಕು ಒಳಗಿನಿಂದ ಮತ್ತು ಹೊರಗಿನಿಂದ ಉದ್ಭವ ವಾಗಬಹುದು.

ಪುನರಪಿ ಸೋಂಕು ತೋರಿಬಂದ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಸೋಂಕು ಒಳಗಿನಿಂದ ಬಂದುದೇ ಅಥವಾ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಬಂದುದೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಹೇಳುವುದು ಇಂದಿಗೂ ಕಷ್ಟವಾಗಿದೆ. ಆದರೂ ಹೊಸದಾಗಿ ಗೋಚರಿಸಿದ ಅನೇಕ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಪುನರಪಿ ಬಂದ ಸೋಂಕು ಒಳಗಿನಿಂದ ಬಂದುದೆಂದು ನಂಬಲು ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಪುನರಪಿ ತೋರಿದ ಸೋಂಕು ಒಳಗಿನಿಂದಲೇ ಉದ್ಭವಿಸಲಿ ಇಲ್ಲವೆ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಲಿ, ಅದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದ ಸೋಂಕಿನಿಂದಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿದ ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿ ಕ್ರಿಯೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಕುಂದಿದಾಗ, ಪುನರಪಿ ವ್ರಣಗಳು ಗೋಚರಿಸಿ, ಬೆಳವಣಿಗೆ ಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಸರಿಕೆಯುಂಟಾದ ಉರಿತದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಹಾಗೂ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ತೀವ್ರ ಲಕ್ಷಣಗಳೂ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಕೆಲವು ಕಾಲ ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿತವು ತೋರಿಬಂದು ಅನಂತರ ವ್ರಣದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯು ಪ್ರಭಾವಯುತವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಪರಿಮಿತ (ಗಂಟಾದ) ಕ್ಷಯ

ಎ. ಐ. ಸ್ಟ್ರುಕೋವ್‌ರ ಪ್ರಕಾರ ಪುನರಪಿ ಕ್ಷಯ ರೂಪುಗೊಂಡಾಗ, ಅದು ಕೆಲವು ಪ್ರದೇಶಕ್ಕಷ್ಟೇ ಪರಿಮಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಶೃಂಗದ ಗೊಂಚಲಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಕಿರಿದಾದ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಮತ್ತು ಪಂಗುಸಿರ್ನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಹರಳಿನಂತಹ ಕ್ಷಯದ ಕೋಶ ಮತ್ತು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯುಗಂಟುಗಳು ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಉರಿತ ಗಿಣ್ಣ ಗಟ್ಟಿದ ವ್ರಣದಿಂದ ತೋರಿಬಂದು ಗಾಳಿಗೂಡು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಕಾಲುವೆಗಳೂ ಉರಿತದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುತ್ತವೆ. ೧೯೦೩ ರಲ್ಲಿ ಎ. ಐ. ಅಬ್ರಿಕೋಸೋವ್ ವಿವರಿಸಿ ದಂತೆ ಕ್ಷಯದ ಉಸಿರ್ನಾಳ– ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿತವು ಒಂದು ಗೊಂಚಲಿನೊಳಗೆ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಈ ವ್ರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕೋಶವನ್ನು ಸುತ್ತ ಹೊಂದಿ ಸುಣ್ಣಕಲ್ಲಿನ ರೂಪವನ್ನು ತಳೆಯುವುವು. ಕೆಲವು ಸಲ ವ್ರಣದ ಸುತ್ತಲೂ ಸಂಪರ್ಕ ಎಳೆಯ ಕೋಶವು ರಚನೆಗೊಂಡು ಗಟ್ಟಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದದ ಜಡ ವ್ರಣಗಳು ಸುಪ್ತಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಪಡೆ ದಿರುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ದೈಹಿಕ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಇಳಿಮುಖವಾದಾಗ ಅವು ವೃದ್ಧಿ ಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಈ ತೆರನಾಗಿ ಪ್ರಾರಂಭಗೊಂಡು ಮುನ್ನಡೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುವಲ್ಲಿ ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿತವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಮೊದಲು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ ರೋಗದ ಮುನ್ನಡೆಯು ದೇಹದ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಮಟ್ಟ, ನೈಸರ್ಗಿಕ ಬಲ ಮತ್ತು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಅಬಾಧಿತತ್ವ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿವೆ.

ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಎರಡು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿಯ ಬಹುದು : ನಿಧಾನ ಮತ್ತು ತೀವ್ರಗತಿ. ಮೊದಲ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳು ಬೇಗ ಒಣಗಿಹೋಗುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಎರಡನೆಯದರಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತವೆ ಎಂದು ಅರ್ಥ ವಲ್ಲ. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಲ್ಲೂ ಒಂದರ ನಂತರ ಮತ್ತೊಂದು ತೆರನಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಗೋಚರಿಸುವುದನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಚಿತ್ರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ನಿಧಾನ ಗತಿಯ ಬೆಳ ವಣಿಗೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ಕಾಣಿಸಿದ ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿ ತವು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ನಿಲುಗಡೆಯಾಗುವುದು. ಅಲ್ಲಿನ ಉರಿತದಿಂದ ಒಸರಿದ ವಸ್ತು ಹೀರಲ್ಪಡುವುದು. ಅಲ್ಲಿ ಹಿಂದೆ ಉಳಿಯುವ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣವು ಕೋಶದಿಂದ ಮುಚ್ಚಲ್ಪಡುವುದು. ತೀವ್ರಗತಿಯ ರೂಪ ಧಾರಣೆ ಮಾಡಿದ ವ್ರಣಗಳು ಗಿಣ್ಣ ಗೊಂಡು ನಾಶವಾಗಿ ಟೊಳ್ಳಾದ ಪ್ರದೇಶವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದಲ್ಲದೆ, ಉಸಿರುನಾಳದ ಮೂಲಕ ಪುಪ್ಪುಸದ ಬೇರೆ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಸೆಳೆಯಲ್ಪಟ್ಟು ಹೊಸ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ಅನೇಕ ದಿನಗಳ ನಂತರ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ತೆರನಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಸ್ವಲ್ಪ ದಿನ ಯಾವ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನೂ ತೋರ್ಪಡಿಸದೆ ಅನಂತರ ಕೆಲವು ದಿನಗಳು ಉಲ್ಬಣ ಸ್ಥಿತಿ ಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತ ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಅದು ದೈಹಿಕ ಬಲ, ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿದೆ.

ಹರಡಿದ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ, ಕೋಶದಿಂದ ಒಸರಿಕೆಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ

ಮೊದಲು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ, ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿತವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತದೆ. ಕೆಳಗಿನ ಉಸಿರುನಾಳಗಳನ್ನು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಹೊಕ್ಕಾಗ, ಅಲ್ಲಿ ಸ್ವಾಹಾ ಕಣಗಳ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಗಾಳಿಗೂಡಿನ ಹೊರಪದರಿನ ಕಣಗಳು ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿ ಜೀವಾಣುಗಳನ್ನು ನುಂಗುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಕೆಲವೊಂದು ಬಾರಿ ಅಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ವೃದ್ಧಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಜರುಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯಾಣು ಗಾಳಿಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿರುವುದರಿಂದ, ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಪುಪ್ಪುಸವು ಯೋಗ್ಯ ಭೂಮಿಕೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿಕೊಡುತ್ತದೆ.

ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ತೋರುವ ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿತದಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಗೂಡುಗಳೂ ಭಾಗವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿ ಸ್ವಾಹಾ ಕಣಗಳು, ನಾರೆಳೆ ಮತ್ತು ಕ್ವಚಿತ್ತಾಗಿ ವಿಪುಲ ಕೇಂದ್ರಕ ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ.

ಮೂರು ವಿಧವಾದ ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿತವನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು— (೧) ನಾರೆಳೆ– ಸ್ವಾಹಾ ಕಣಗಳ (೨) ನಾರೆಳೆ ಮತ್ತು (೩) ವಿಪುಲ ಕೇಂದ್ರಕ ಬಿಳ್ಕಣಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ ಒಸರಿಕೆ.

ಹರಡಿದ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯೊಡನೆ, ಅಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿದ ಒಸರಿಕೆಯ ಅನೇಕ ಭಾಗ, ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ, ನಾರೆಳೆಗಳು ತಮ್ಮ ನಾರಿನಂತಹ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅದು ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಗಾಳಿಗೂಡಿನ ಪದರಿನ ಕಣಗಳು ಮತ್ತು ವಿಪುಲ ಕೇಂದ್ರಕ ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ತಮ್ಮ ರೂಪವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುವು. ಹೆಚ್ಚುವರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ನಾಶವನ್ನು ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳು ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ನಿರೋಧಿಸಬಲ್ಲವು.

ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಪ್ರತಿಕೂಲವಿದ್ದರೆ, ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ಅನುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ಪ್ರದೇಶವು ಮೃದುವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ನೀರನ್ನು ಹೀರಿಕೊಂಡು ಕೀವಿನಂತೆ ದ್ರವರೂಪವನ್ನು ಹೊಂದುವುದು. ಈ ಕ್ರಿಯೆಯು ಕೆಲಮಟ್ಟಿಗೆ ಪ್ರೋಟೀನನ್ನು ಒಡೆಯುವ ಕಿಣ್ವಗಳು ಮತ್ತು ಬಿಳ್ಕಣಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಜರುಗುತ್ತದೆ. ಅದು ದ್ರವರೂಪಿಯಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಬೇರ್ಪಡುತ್ತವೆ (ಚಿತ್ರ ೧೧). ಅದರ ಫಲವಾಗಿ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಅನುವಳಿಕೆಯ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಕೋಟ್ಯವಧಿ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಅನುಕೂಲಕರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ, ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣವು ಒಣಗಿ, ಸುತ್ತಲಿನ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಕೋಶವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತದೆ. ಆದರೂ, ಹೆಚ್ಚಾಗಿ, ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶವಾಗುತ್ತಿರುವ ವ್ರಣಗಳು ದ್ರವರೂಪವನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವೆ.



ಚಿತ್ರ ೧೦ : ಪುಪ್ಪುಸದ ಶೃಂಗವಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದಾಗ, ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದಾದ ವ್ರಣ (ಸೈಮನ್‌ರ ವ್ರಣ)



ಚಿತ್ರ ೧೧ : ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ

ಕಳೆದ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಆಧುನಿಕ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ವ್ರಣಗಳು ಬೇರ್ಪಟ್ಟು ಕೋಶವನ್ನು ಪಡೆದು ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳಾಗಿ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ನೋಡಲಾಗಿದೆ (ಚಿತ್ರ ೧೨).



ಚಿತ್ರ ೧೨ : ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದ ಪುಪ್ಪುಸದ ಗೊಂಚಲಿನಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಗಂಟು

ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಅಂಗಾಂಶ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ

ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಕ್ಷಯದ ಉರಿತಕ್ಕೆ ಕ್ಷಯದ ಕಿರುಗಂಟುಗಳು ಎದ್ದು ಕಾಣುವ ಉದಾಹರಣೆಯಾಗಿವೆ (ಚಿತ್ರ ೧೩). ಇದು ತಂತಾನೆ ಉಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅದೂ ಒಸರಿಕೆಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳೊಂದಿಗೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಉರಿತವು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡು ಬರಬಹುದು. ದೈಹಿಕ ಬಲವು ಹೆಚ್ಚಿದ್ದಾಗ ಅಂತಹ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಗೋಚರಿಸುವುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕ್ಷಯಗಂಟು ರೂಪುಗೊಂಡ ಮೇಲೆ ಸಂಪರ್ಕ ಎಳೆಯ ಕೋಶವು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ.

ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಉರಿತವು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೂ, ತೀವ್ರತರ ಸಾಪೇಕ್ಷಯುದಂತಹ ರೋಗಗಳಲ್ಲೂ ಕ್ಷಯಗಂಟಿನ ಮಾದರಿಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ನಾವು ರೋಗವು ತೀವ್ರತೆರನಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳುತ್ತೇವೆ. ಇದೇ ರೀತಿ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ರೋಗದಲ್ಲಿಯೂ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳ ಹರಡಿಕೆಯು ಉದಾಹರಣೆಗೆ

ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಬಗೆಯನ್ನು 'ಶೀತಲ' ಹರಡಿಕೆಯೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗಿದೆ.

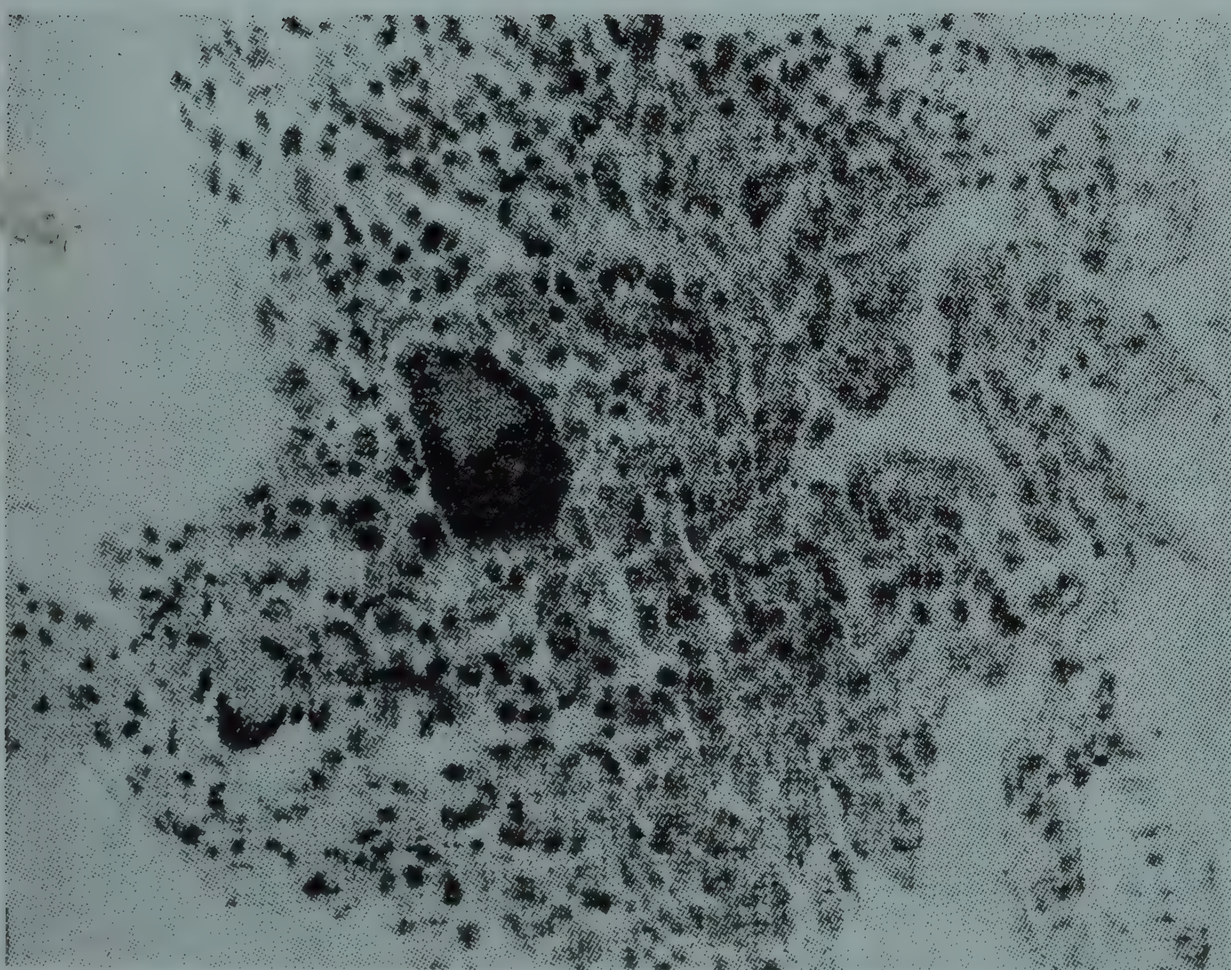
ಉರಿತವನ್ನು ತೋರಿಸುವ ವ್ರಣವನ್ನು ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲೊಂದನ್ನು ಹಾಕಿದಾಗ ಅದರ ಸುತ್ತಲೂ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಅಲೆಗಳಿಗೆ ಸಮನಾಗಿದೆಯೆಂದು ಡಬ್ಲೂ. ಹುಕ್ ಚಿತ್ರಿಸಿದ್ದಾನೆ. ಜೀವಾಣುಗಳ ನಂಜಿನ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಅಂಗಾಂಶದಲ್ಲಿನ ರೋಗಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶದ ಮಧ್ಯ ವಿನಾಶಸೂಚಕ ಕೇಂದ್ರಕವು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಅದರ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿ ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಗೆ ಉಂಟಾಗುವ ತಡೆಯಿಂದಾಗಿ ಒಸರಿಕೆಯು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಅನಂತರ ಅಲ್ಲಿ ಜೀವಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಹರಳಿನಂತಹ ಅಂಗಾಂಶವು ಸುತ್ತುವರಿಯುತ್ತದೆ.

ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಗೋಚರಿಸುವ ಕ್ಷಯ ಗಂಟನ್ನು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ಚಿತ್ರಿಸಬಹುದು: ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ನಾಶಹೊಂದಿದ ಕಣಗಳು ಕೇಂದ್ರಸ್ಥಾನವನ್ನಾಕ್ರ[illegible], ಅದರ ಸುತ್ತ ಹೊರ್ಪೊರ ಕಣಗಳು ಮೆಟ್ಟಲಿನಂತೆ ಗೋಚರಿಸುವುವು. ಅವುಗಳ ಸುತ್ತ ದುಂಡನೆಯ ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ಇರುತ್ತವೆ. ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವದಿಂದಾಗಿ ಕೆಲವು ಜೀವಕಣಗಳು ಅಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿಭಜಿಸಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಜೀವರಸವು ಹಾಗೆಯೇ ಉಳಿದು ಕೇಂದ್ರಕಗಳು ವಿಭಜನೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಇದರ ಫಲವಾಗಿ ಲ್ಯಾಂಗ್‌ಹ್ಯಾನರ ರಾಕ್ಷಸ ಕಣಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಕೇಂದ್ರಕಗಳು ಆ ಕಣದ ಸುತ್ತಲೂ ಇದ್ದು ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಇದರ ಫಲವಾಗಿ ಜೀವಕಣಗಳು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಅನುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಒಸರಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಿರುವ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳ ಸಮುದಾಯವು ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ನಾಶಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಸಾಕಷ್ಟು ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅವು ಹೀರಲ್ಪಡುತ್ತವೆ ಇಲ್ಲವೆ ನಾರಿನಂತಾಗುತ್ತವೆ. ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ತೀವ್ರ ಗುಣಲಕ್ಷಣವಾಗಿ, ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿತವು ತೀವ್ರತೆರನಾಗಿ ಅನುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿ ನಾಶವಾಗುತ್ತದೆ.

ಪೊಳ್ಳಾಗುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಮುನ್ನಡೆ

ಪುಪ್ಪುಸ, ಹಾಲ್ರಸಗ್ರಂಥಿ ಅಥವಾ ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವ ಪೊಳ್ಳು, ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಹೊಸ ವಿನಾಶಕಾರಕ ಹಂತದ ಪ್ರಾರಂಭವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಪೊಳ್ಳನ್ನು ಕೆಲವು ಬಾರಿ 'ದ್ವಿತೀಯ ರೋಗ'ವೆಂದು ಕರೆಯುವಲ್ಲಿ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಿಲ್ಲ.

ರೋಗದ ಪ್ರಥಮ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅದು ವೃದ್ಧಿಗೊಳ್ಳುವಾಗ ಪೊಳ್ಳು



ಚಿತ್ರ ೧೩: ಬೆಳವಣಿಗೆ ತೋರುವ ಕ್ಷಯ : ರಾಕ್ಷಸ ಕಣಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ ಕ್ಷಯ ಕಿರುಗಂಟು



ಚಿತ್ರ ೧೪: ನಾರೆಳೆಯಿಂದ ಪೊಳ್ಳಾದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ (ಕ್ರಿಸ್ಟಲೆರ್ ಪ್ರಕಾರ ಕತ್ತರಿಸಿದುದು)



ಚಿತ್ರ ೧೫: ಎಡಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ನಾರೆಳೆಯಿಂದ ಕೂಡಿ
ಪೊಳ್ಳಾದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ

ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಟಿ. ಎನ್. ಒಲೆನಾವಾ ಪ್ರಕಾರ, ಪೊಳ್ಳಿನ ಕೆಳಕಂಡ ರೋಗ ರೂಪಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು.

೧. ಬದಲಿ ಅಥವಾ (ವಿ. ಜಿ. ಷೆಫ್ಕೊ ಪ್ರಕಾರ) ವ್ರಣದ ಸುತ್ತ ಮೊದಲಿನ ವ್ರಣದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ;

೨. ಪುಪ್ಪುಸದಿಂದ, ಹರಡಿಕೆ ಅಥವಾ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದ ಫಲವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ;

೩. ಉಸಿರುನಾಳದಿಂದ, ಬದಲುಗೊಂಡ ಉಸಿರುನಾಳ (ಹಿಗ್ಗಿದ ಉಸಿರು ನಾಳದ ಪೊಳ್ಳು) ದಿಂದ ಉದ್ಭವ.

ದಿನ ಕಳೆದಂತೆ, ಪೊಳ್ಳಿನ ಪದರುಗಳು ದೃಢವಾಗಿ ರೂಪುಗೊಂಡು ಕ್ಷಯದ ನಾರಳೆಯ ಪೊಳ್ಳಿನ ರೂಪಧಾರಣೆಮಾಡುತ್ತವೆ (ಚಿತ್ರ ೧೪ ಮತ್ತು ೧೫). ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ಕೋಶರಚನೆಯಾಗದೆ, ವೃದ್ಧಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ನಾಶದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡು ಬರುತ್ತವೆ.

ಅದರ ಉದ್ಭವವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಪೊಳ್ಳಿನ ರಚನೆಯು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಕೆಳಕಂಡ ವಿಶೇಷ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಬಹುದು. ಪೊಳ್ಳು ರಚನೆ ಯಾದಂತೆ ಅದು ಈ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುವುದು.

೧. ಒಳಗೆ ಅನುವಳಿಕೆಗೊಂಡ ಪದರು.

೨. ಕೋಶ ಮತ್ತು ನಾಶ ಸೂಚಿಸುವ ಪದರಿನ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ, ಉಬ್ಬಿದ ಲೋಮ ನಾಳಗಳು. ಅವುಗಳ ಒಡೆಯುವಿಕೆಯು ಆಗಾಗ್ಗೆ ರಕ್ತಕಫವನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ (ಈ ಪದರಿನಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಬಹು ಕಾಲ ಅಸ್ಪಷ್ಟ ರೂಪವನ್ನು ತಳೆದಿರುತ್ತವೆ).

೩. ಪೊಳ್ಳಿನ ವಯಸ್ಸಿಗನುಗುಣವಾಗಿ, ತನ್ನ ದಪ್ಪದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ತೋರಿ ಸುವ ಹೊರಪದರು. ಅದು ಭಕ್ಷಕ (ಸ್ವಾಹಾ) ಕಣಗಳು, ನಾರೆಳೆಗಳು ಮತ್ತು ಲೋಮ ನಾಳಗಳಿಂದ ಕೂಡಿ ರೂಪುಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ನಾರೆಳೆಗಳು ದಪ್ಪನಾಗಿ ಇತರ ಕಣಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು ದಪ್ಪನಾದ ಕೋಶವನ್ನು ರಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಚೆನ್ನಾಗಿ ರೂಪುಗೊಂಡ ಪೊಳ್ಳಿನಲ್ಲಿ, ಅದರ ಕೋಶದ ಸುತ್ತ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಪುಪ್ಪುಸವು ಕುಸಿದುಹೋಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಪೊಳ್ಳು ಮುಚ್ಚಿಹೋಗುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಕುಸಿದ ಪುಪ್ಪುಸವು ಮರಳಿ ಹಿಗ್ಗಿ, ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿದ ತಿರುಳಿನ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದರಿಂದ

ಅದಕ್ಕೆ ಮಹತ್ವ ಬಂದಿದೆ. ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಒತ್ತಲ್ಪಟ್ಟ ಪೊಳ್ಳುಗಳಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ರೀತಿಯ ಕೋಶ ರಚನೆ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ (ಎದುರು ನೋಡಿ). ಈ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ತೆಳ್ಳನೆಯ ಪದರನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಒಸರಿಕೆ ಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ.

ಮೊದಲು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ, ಪೊಳ್ಳಿನ ಪದರುಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅದರ ಮಧ್ಯ ವಿಪುಲ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದರಿಂದ, ಉಸಿರುನಾಳದ ಮೂಲಕ ಹಬ್ಬಬಹುದಾದ ಭಯಂಕರ ಅಪಾಯುವನ್ನು ಅದು ಪಡೆದಿದೆ ಆದ್ದರಿಂದ ದೇಹದಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಬೇಕಾದ ಕ್ರಮಗಳ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಪೊಳ್ಳು ಮುಚ್ಚಿ ಅದು ಗುಣಮುಖನಾಗಲು ಸಹಕಾರಿಯಾದ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯ ಕ್ರಮ ಮತ್ತಿತರ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಇಂದು ಅದನ್ನು ಸಾಧಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಪೊಳ್ಳು ಮುಚ್ಚಲ್ಪಟ್ಟು ಗುಣಹೊಂದುವ ವಿಧಾನ

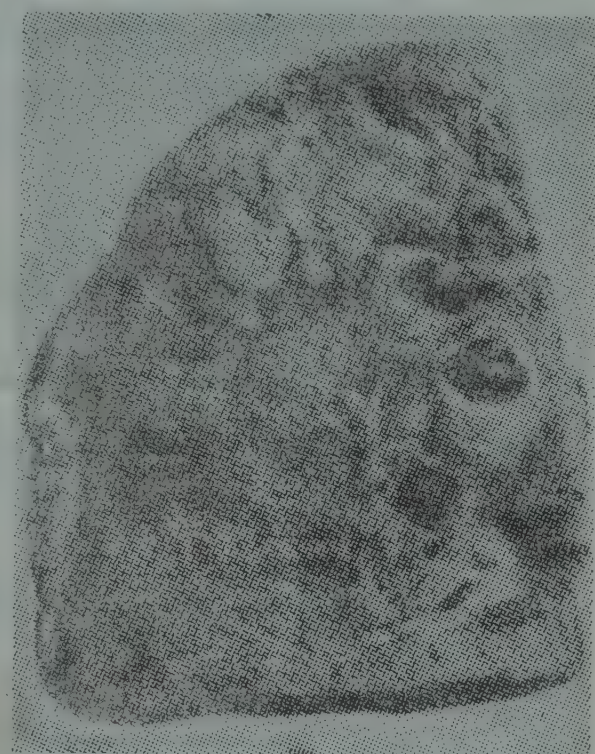
ಮುರುಟಿ ಹೋಗುವುದು ತುಂಬಾ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದುವ ರೀತಿ (ಚಿತ್ರ ೧೬). ಅದಿಲ್ಲವಾದರೆ, ವ್ರಣದಲ್ಲಿನ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಗುಂಪೆಯು ಒಣಗಿ ಕೋಶ ವನ್ನು ಹೊಂದುವುದೇ ಮತ್ತೊಂದು ರೀತಿ (ಚಿತ್ರ ೧೭). ಗುಣಹೊಂದುವ ಮೊದಲು ಪೊಳ್ಳು ಮುಚ್ಚಲ್ಪಡುತ್ತದೆ ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಆ ಸ್ಥಳವು ಹಾಲ್ರಸದಿಂದ ತುಂಬಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಇಂದು ವಿಶೇಷವಾಗಿ, ರಸಾಯನರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಿರಂತರ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಗುಣ ಮುಖವಾಗುತ್ತಿರುವಾಗ ಆ ಕ್ರಮ ಪೊಳ್ಳಿನಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಪಾಟನ್ನು ತರದೆ ಅದರ ಪದರು ಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತರುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಈ ವಿಧಾನದ ನಂತರ ಬಲೂನಿನಂತಹ ಗುಳ್ಳೆಯನ್ನು ಪಡೆದ ಪೊಳ್ಳು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಅದರ ಒಳಪದರಿನಲ್ಲಿ ವಿನಾಶಹೊಂದಿದ ಲೋಳ್ಪರೆಯಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಗುಣಹೊಂದಿದ ಪೊಳ್ಳು ಗುಳ್ಳೆಯಂತಾಗುವುದು. ಇದು ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಗೋಚರಿ ಸುತ್ತಿದೆ (ಟಿ. ಎನ್. ಒಲೆನೇವಾ) (ಚಿತ್ರ ೧೮).

ಅದು ಮುಚ್ಚಿ ಗುಣಹೊಂದುವ ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನದ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಶೋ ಧನೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಆದರಿಂದ ಹೊರಹೊಮ್ಮುವ ಉಸಿರುನಾಳವು ಮುಚ್ಚಬೇಕಾ ದುದು ತುಂಬಾ ಅಗತ್ಯವೆಂಬುದನ್ನು ಕಾರಿಲೋಸ್ ತೋರಿಸಿದ್ದಾನೆ. ಆತನ ಪ್ರಕಾರ, ಅಂತಹ ಉಸಿರುನಾಳದ ಒಳಭಾಗವು ಮುಚ್ಚಬೇಕಾದುದು ಪೊಳ್ಳು ಗುಣಹೊಂದಲು ಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಾಗಿದೆ. ಉಸಿರುನಾಳವು ಮುಚ್ಚಲ್ಪಟ್ಟಮೇಲೆ, ಪೊಳ್ಳಿನಲ್ಲಿರುವ ಗಾಳಿಯು ಹೀರಲ್ಪಡುವುದು. ಅನಂತರ ಪೊಳ್ಳು ಮುಚ್ಚುತ್ತದೆ. ಇದರ ಫಲವಾಗಿ

ಪೊಳ್ಳಿನಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯಾಡದಿರುವುದರಿಂದ, ಅಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಕೊರತೆಯು ಉದ್ಭವಿಸಿ, ಅದರ ಮೇಲೆ ಜೀವ ತಾಳಿರಬಲ್ಲ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ನಿರ್ನಾಮ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಇದಕ್ಕೆ



ಚಿತ್ರ ೧೬ : ಪೊಳ್ಳು ಮುರುಟಿಕೊಂಡು ಮಾಯುತ್ತಿರುವುದು



ಚಿತ್ರ ೧೭ : ಕೋಶ ರಚನೆಯಿಂದ ಮುಚ್ಚಲ್ಪಟ್ಟು ಮಾಯುತ್ತಿರುವ ಪೊಳ್ಳು



ಚಿತ್ರ ೧೮ : ಕವಚಹೊಂದಿ ಮಾಯುತ್ತಿರುವ ಪೊಳ್ಳಿನ ಗೋಡೆ

ವ್ಯತಿರಿಕ್ತವಾಗಿ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಕವಲು ಉಸಿರುನಾಳದ ಮುಂಚ್ಛುವಿಕೆಯು ನಾಶಗೊಂಡ ಪ್ರದೇಶದ ಭಾಗಗಳು ಉದುರಿಬೀಳಲು ಅಡ್ಡಿಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡಿ, ವ್ರಣವು ವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಲು ಚಾಲನೆಯನ್ನು ನೀಡಬಹುದು.

ಅದರ ಮುಚ್ಚುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಗುಣ ಹೊಂದುವಿಕೆ ಯಾವ ರೀತಿಯಿಂದ ನಡೆದರೂ, ಹೆಚ್ಚಿನ ದೈಹಿಕ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ನಿರೋಧವು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಪಡೆದಿವೆ. ಹೊಸದಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕತ್ವ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ತೀವ್ರವಾಗಿ ರಿಪೇರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಬಲ್ಲವುಗಳಾಗಿವೆ. ಪೊಳ್ಳಿನ ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಕೋಶ ಪದರುಗಳು, ಅದು ಮುಚ್ಚಿ ಗುಣಹೊಂದುವ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಆತಂಕವನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡುತ್ತವೆ.

ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಮೇಲಿನ ಉಸಿರಾಟ ಮಂಡಲದ ಕ್ಷಯ

ಬಾಯಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಗೋಚರಿಸುವುದು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ಆದರೂ ಎಲ್ಲೋ ಕೆಲವುಬಾರಿ ಗಲಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿ ಆದರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣ ತೋರಿಬರಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಬಾಯಿಯಲ್ಲಿನ ಲೋಳ್ಪರೆ ಮತ್ತು ನಾಲಿಗೆಯ ಮೇಲೆ ಕಂಡುಬರುವ ವ್ರಣದ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ಫಲವಾಗಿದ್ದು, ತುಂಬಾ ನೋವನ್ನು ಕೊಟ್ಟು ಆಹಾರ ಸೇವನೆಗೆ ಆತಂಕಕಾರಿಯಾಗುತ್ತವೆ.

ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಕ್ಷಯವು ಗಂಟಾಗಿ ಬೆಳೆಯುವ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿ, ಅಲ್ಲಿ ಹುಣ್ಣು ಉರಿಟಾಗಿ ಒಸರಿಕೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅದೇ ತೆರನಾಗಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತವಾಗಿ ವ್ರಣಗಳು ಏಳಬಹುದು. ರೋಗದ ಮುನ್ನಡೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ, ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಾಯವಾಗಿ ಗುಣಮುಖನಾಗಿ ಮುರುಟಿದ ಕಲೆಯನ್ನು ಹಿಂದೆ ಬಿಡಬಹುದು; ಇಲ್ಲವೆ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ಹುಣ್ಣಾಗಬಹುದು. ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಸುತ್ತಲಿರುವ ಮೃದ್ವಸ್ಥಿಯ ಉರಿಯನ್ನು ತೊಡಕಿನ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು.

ಈ ಕ್ರಿಯೆಯು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆ, ಹಿಂದಿನ ತೆರೆ, ಮತ್ತು ನಾಲಿಗೆ ತಳದ ಮೃದ್ವಸ್ಥಿಯನ್ನು ನಾಟುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ತೀವ್ರತೆರನಾದ ರೋಗವು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ನುಂಗುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತಾಳಲಾರದ ನೋವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಇದು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಥೈವಿಜೈಡ್ ಔಷಧಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯುತ್ತದೆ. ಉರಿತವನ್ನು ತೋರಿಸುವ ವ್ರಣಗಳು ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಹೀರಲ್ಪಡುತ್ತವೆ; ಇನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಮುರುಟಿ ಜೀವಕಣಗಳ ಪೊರೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವೆ (ಚಿತ್ರ ೧೯).

ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಕ್ಷಯ

ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ತೋರಿಬರತಕ್ಕಂತಹ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣಗಳು ಅಪರೂಪ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅವು ಪುಪ್ಫುಸದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳೊಂದಿಗೆ

ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಉಸಿರ್ನಾಳ, ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದಲ್ಲಿ ವಿಶಿಷ್ಟ ವ್ರಣಗಳು ಗೋಚರಿಸಬಹುದು (ಕೆಳಗೆ ನೋಡಿ). ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಕಾಣುವ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳಿಂದ ಹಿಡಿದು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ಹರಡಿಗೊಂಡ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಉರಿಯನ್ನು ತೋರುವ ವಿವಿಧ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ರೋಗವು ನೀಡಬಹುದು. ಅದು ಮುಂದುವರಿದು ಹುಣ್ಣಾಗಿ ಕ್ಷಯಿಸುವುದು. ವ್ರಣವಿದ್ದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಅನಂತರ ನಾಳ ನಾರಿನಂತೆ ಒರಟಾಗಿ ಕಿರಿದುಗೊಳ್ಳಬಹುದು ಮತ್ತು ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳಗಳು ಹಿಗ್ಗಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಪಂಗುಸಿರ್ನಾಳದ ಸುತ್ತಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಉರಿ ಮತ್ತು ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಉರಿ ಸಹ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

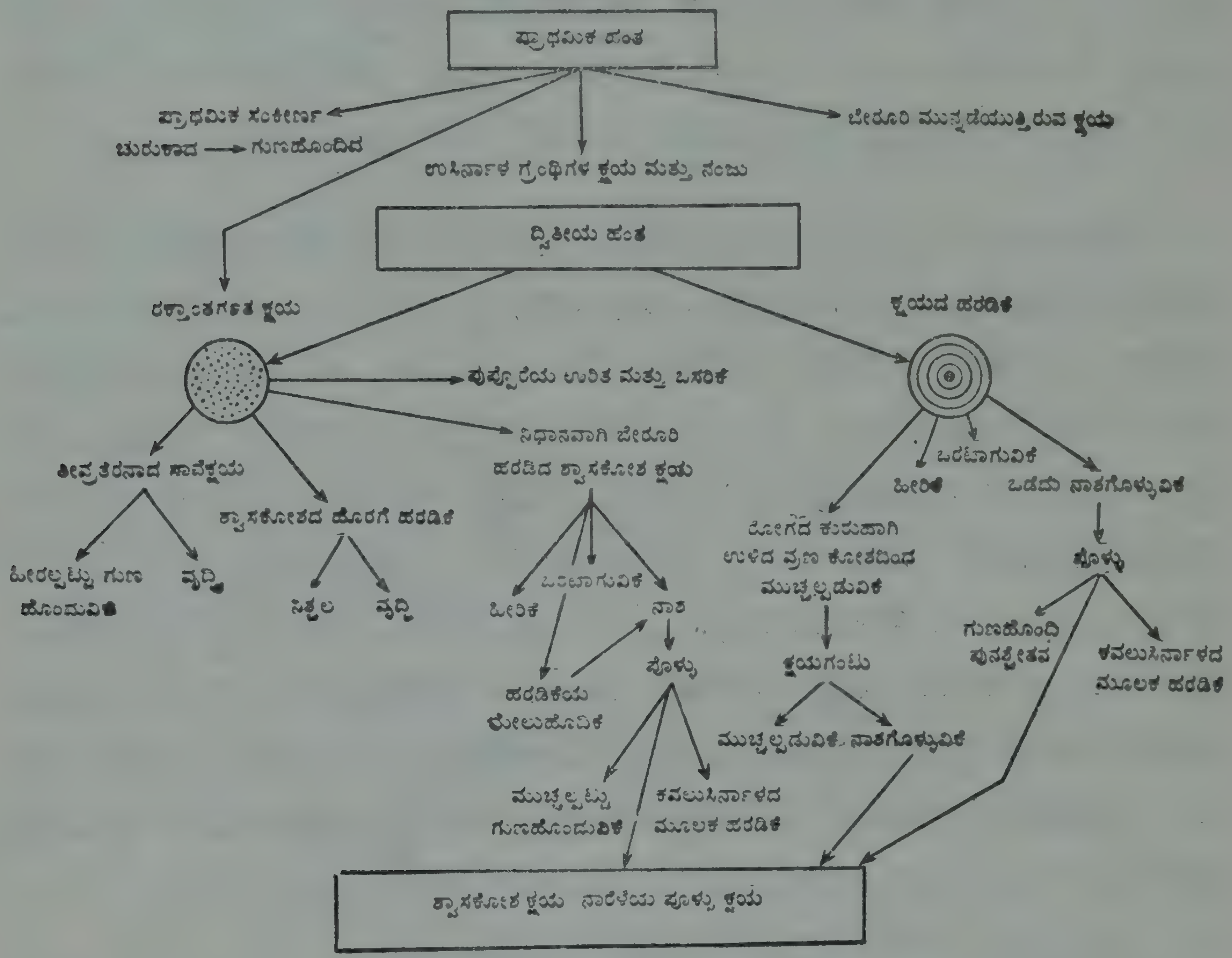
ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಕೀವುಗಾಲುವೆಯು ವಿಶಿಷ್ಟ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುವುದಾಗಿ ಎಫ್. ಷ್ವಾರ್ಟ್ಜ್ ಹೇಳಿದ. ಅವುಗಳು ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಹೊಸ ವ್ರಣವಾಗಿ ಅಥವಾ ರೋಗದಿಂದಾಗಿ ಅಂಗಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿದ ಭಾಗಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿದಾಗ ಶತಾಂಶ ೨೫ ರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಾವು ಹೊಂದಿದ ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳ ಹೆಣವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿದಾಗ ಅವುಗಳ ಶತಾಂಶ ೯೦ ರಲ್ಲಿ ಮುರುಟಿ ಹೋದ ಕಲೆಯಾಗಿ ತೊರುವುದನ್ನು ಅವನು ಕಂಡನು, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ೧೦೪ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಐ. ಪಿ. ಸೊಲೋವ್ಯಾವಾ ಎದೆ ಚಿತ್ರ ತೆಗೆದು, ರೋಗಿಷ್ಟ ಭಾಗಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಬಣ್ಣ ಕೊಟ್ಟು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ನೋಡಿದಾಗ ೨೮ ರಲ್ಲಿ ಎಂದರೆ ಶತಾಂಶ ೨೬.೫ ರಲ್ಲಿ ಉಸಿರುನಾಳವು ವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ವ್ರಣವನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಕೆ. ಎ. ಡೆಲಿಯು ಅಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡನು.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ವೃದ್ಧಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಹಂತಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಮುಂದಿನ ಚಿತ್ರವು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ವಿವಿಧ ಬಗೆಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತ, ಅವೆಲ್ಲ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಒಂದೇ ಮೂಲದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಿರುವುದನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯ ರೋಗವು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವ ವಿಧಾನವನ್ನು ಚಿತ್ರವು ಸ್ಥೂಲವಾಗಿ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ಮಾಯ್ದು ಗುಣವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಕಾಣಿಸಿದೆ. ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ, ರೋಗದ ವ್ರಣವು ರಕ್ತದಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವುದಲ್ಲದೆ, ಅಂತಹ ವ್ರಣದ ಮೇಲೆ ಹರಡಿ ರೋಗವು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿದಂತೆ, ಅನುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೊಳ್ಳಾಗುವಿಕೆಯು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಮತ್ತು ಹರಡಿಕೆಯ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವುದು. ಕ್ಷೀಣಗೊಂಡ ಶ್ವಾಸಕೋಶವು ಈ ತೆರನಾದ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಕ್ಷಯದ ರೂಪಗಳಿಂದ ಒಗ್ಗೂಡಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ. ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಂಡ

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ, ರೋಗವು ಯಾವುದೇ ಹಂತದಲ್ಲಿದ್ದರೂ ರಿಪೇರಿಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸು ವುದು. ಇದೆಲ್ಲ ರೋಗಿಯ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ.

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ವಿಕಾಸ
ರೋಗ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಚಿತ್ರ



ಪುಪ್ಪುಸದ ಹೊರಗಿನ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗದಿಂದ ಆದ ಬದಲಾವಣೆ ಚಿತ್ರ

ಮೇಲೆ ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ ಕ್ಷಯ ರೋಗವು ಅದು ಉತ್ಪನ್ನವಾದ ಕಡೆ ಬದಲಾವಣೆ ಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುವುದಲ್ಲದೆ ಇಡೀ ದೇಹದ ಸೋಂಕಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದು ತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತ ಅಥವಾ ಆ ಅವಧಿಯ ನಂತರ ರೋಗವು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿ ದೇಹವನ್ನೆಲ್ಲ ಆಕ್ರಮಿಸುವುದಲ್ಲದೆ, ಅದು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರಬಹುದು.

ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣ ಯಾವ ಅಂಗದಲ್ಲಿ ಬೇಕಾದರೂ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು. ದೀರ್ಘ ಕಾಲೀನ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ, ಪುಪ್ಪುಸದ ಹೊರಗಿನ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಆಗ ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಅಂಗ ಅಥವಾ ಮಂಡಲವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಹೊಸ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ.

ಎದೆಉದರದಲ್ಲಿನ ಅಂಗಗಳು ಮತ್ತು ಮೃದು ಪೊರೆಗಳ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣ ವಿಶೇಷ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದೆ. ಮೃದು ಪೊರೆಗಳಲ್ಲಿನ ವ್ರಣ (ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ, ಹೃದಯ ಸುತ್ತೊರೆಯ ಉರಿತ, ಕರುಳಪೊರೆಯ ಉರಿತ) ವು ಅಲ್ಲಿ ರೂಪುಗೊಳ್ಳು ವುದಿಲ್ಲ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಅಡಕವಾಗಿರುವ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುವ ಮೂಲಭೂತ ರೋಗ ದಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸ ಅಥವಾ ಮಧ್ಯತಡಿಕೆಯ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ವ್ರಣವು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಅದೇ ತೆರನಾಗಿ ಎದೆಗೂಡಿನೊಳಗಿರುವ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಹೃದಯ ಸುತ್ತೊರೆಯ ಉರಿತಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು. ಕರುಳು ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಕರುಳಿನ ಹಿಡಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ಹಾಲ್ರಸಗ್ರಂಥಿಗಳ ಕ್ಷಯ ರೋಗವು ಕರುಳ ಪೊರೆಯ ಉರಿತಕ್ಕೆ ಕಾರಣೀಭೂತವಾಗಿ ಅಲ್ಲಿ ಒಸರಿಕೆ ಅಥವಾ ಬೆಳೆತ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ಜೀರ್ಣನಾಳದ ಕ್ಷಯ

ಉದರದ ಕ್ಷಯ ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ತೀರ ಈಚಿನ ವರೆಗೆ ಕರುಳಿನ ಕ್ಷಯವು ಜೀವಾಣು ವಿಸರ್ಜಕ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ತೀವ್ರ ತೊಡಕಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಿತು. ಕಳೆದ ಹತ್ತು ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅಭಿನಂದನೆಗಳು. ನಾವು ನೋಡಿದಂತೆ, ೧೯೪೭ರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಶತಾಂಶ ೫೭.೬ರಲ್ಲಿ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ರೋಗವಿದ್ದಿತು; ೧೯೫೭ರಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ೧೧.೯ ಶತಾಂಶ ಮಾತ್ರ. ನೂರಕ್ಕೆ ೭೦ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯುತ್ತದೆ.

ಕರುಳಿನ ಕ್ಷಯವು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಕಫವನ್ನು ನುಂಗುವುದರಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆ (ಡಿ. ಎ. ವ್ಯಾನುಚಾರ್ಯನ್ ಇತರರು) ಯನ್ನೂ ಸಹ ಲಕ್ಷದಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ವ್ರಣವು, ಹಾಲ್ರಸಕೋಶವನ್ನು ಪಡೆದ ಕರುಳಿನ ಪದರಿನಲ್ಲಿ (ಪೇಯರ್‌ನ ಪೆ, ಒಂದೊಂದೇ ಇರುವ ಗ್ರಂಥಿಗಳು) ಉದ್ಭವಿ ಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಹರಡಲ್ಪಟ್ಟ ರೋಗವು ಹುಣ್ಣಾಗಿ, ಒಳಗೆ ಕೊರೆಯಲ್ಪಟ್ಟ ಅಂಚನ್ನು ಹೊಂದಿದ ದುಂಡನೆಯ ಹುಣ್ಣು ರೂಪವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತದೆ. ವ್ರಣವು ಮೃದು ಪೊರೆಗೆ ಹರಡಿ ಕರುಳ ಸುತ್ತೊರೆಯ ಉರಿತವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿತವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಗಂಟಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಕರುಳಿನ ಪದರು ಒರಟಾಗಿ ಅದರ ಒಳ ಭಾಗವನ್ನು ಕಿರಿದುಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.

ಇಂತಹ ರೋಗವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಹೆಗ್ಗರುಳಿನ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿನ ವಿಪುಲ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಕ್ಷಯವು ಯೋಗ್ಯ ಉದಾಹರಣೆಯಾಗಿದೆ.

ಮೂತ್ರಾಂಗ – ಜನನಾಂಗ ಕ್ಷಯ

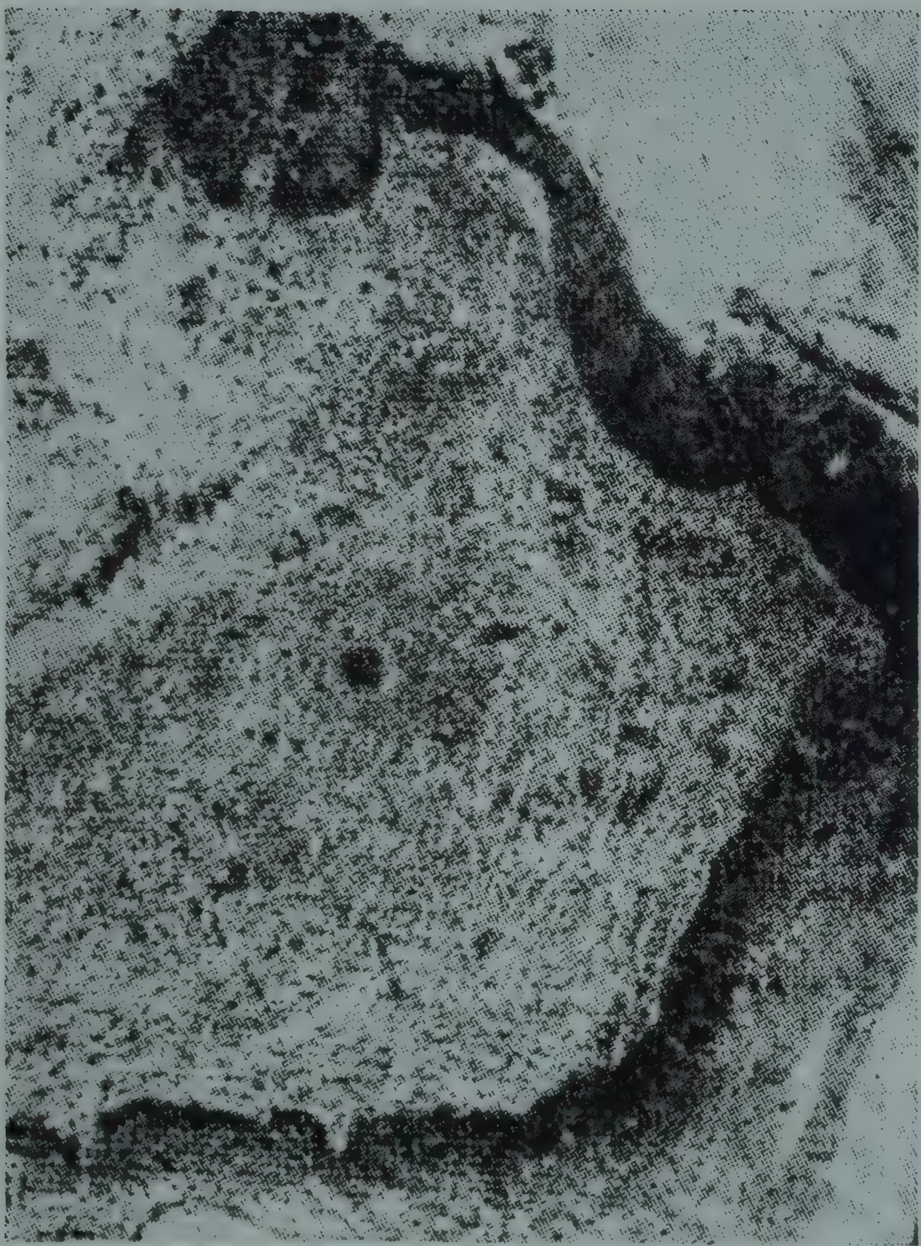
ಮೂತ್ರಾಂಗ – ಜನನಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಕ್ಷಯವು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ.

ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯು ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕೀಲುಗಳು, ಹಾಲ್ರಸನಾಳ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯ ಕಿವಿಯಲ್ಲಿ ವ್ರಣವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ೨೦ ವರುಷಗಳ ಅನಂತರ ಕ್ಷಯ ರೋಗವು ಪುಪ್ಪುಸ, ಕರುಳು ಮತ್ತು ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯನ್ನಲ್ಲದೆ, ಮೂತ್ರಾಂಗ – ಜನನಾಂಗ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ನಾಟಬಲ್ಲದು, ಮೂತ್ರ – ಜನನದ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ವ್ರಣವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗದಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಬೇಕು. ಅನಂತರ ರೋಗವು ದೇಹವನ್ನೆಲ್ಲ ನಾಟಿದಂತೆ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವುದು. ಇಲ್ಲೂ ಸಹ ಹರಡಿಕೆಯ ವಿಧಾನವು ಮೂತ್ರದ ಪ್ರವಾಹದೊಂದಿಗೆ ಜರುಗುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ವೈಲ್ಡ್‌ಬೋಲ್ಜ್ ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದು, ರೋಗಹೊಂದಿದ ನೂರಕ್ಕೆ ೭೦ರಷ್ಟು ಗಂಡಸರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಕೇವಲ ಶತಾಂಶ ಐದರಷ್ಟು ಹೆಂಗಸರಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರ–ಜನನ ಕ್ಷಯವನ್ನು ನೋಡಿದನು.

ಮೂತ್ರಾಂಗ – ಜನನಾಂಗದ ಕ್ಷಯ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಒಂದೇ ಕಡೆಯಿದ್ದು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದುಡಿಯುವ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವುದು. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನಾದ ವ್ರಣಗಳು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗದ ಕ್ಷಯವು ಗುಣಹೊಂದುವ ಲಕ್ಷಣವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

ದೇಹದ ಒಟ್ಟು ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಇಳುವರಿಯಾದಾಗ, ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕ ಗೋಚರದಷ್ಟಿದ್ದ ವ್ರಣವು ಮೂತ್ರನಾಳ ಉಗಮದ ಕಿರುನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ಒಡೆಯುವುದು. ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗದ ಮೊನೆಯಲ್ಲಿ ಹುಣ್ಣು ತೋರುವ ವ್ರಣ ಉಂಟಾಗಿ ಅನಂತರ ಅದು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ಪೊಳ್ಳಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗದ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ವಿಸರ್ಜನೆಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ (ಚಿತ್ರ ೨೦). ಮೂತ್ರಾಶಯದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಕ್ಷಯ ಅನಂತರ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದುದಾಗಿದೆ. ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಕ್ಷಯದ ವಿಸ್ತರಣೆಯಿಂದ ಅದು ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ. ಅದರ ಲೋಳ್ಪರೆಯಲ್ಲಿ ಹುಣ್ಣು ತೋರಿಸುವ ಇಲ್ಲದೆ ತೋರಿಸದಿರುವ ಚಿಕ್ಕದೊಂದು ವ್ರಣವು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ಶುಕ್ಲಗ್ರಂಥಿ ಮತ್ತು ವೀರ್ಯಕೋಶದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಬಹುದು. ಆದರೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಶುಕ್ಲಗ್ರಂಥಿಯ ವ್ರಣಗಳು



ಚಿತ್ರ ೧೯ : ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೊಮೈಸಿನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ. ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣ ಜೀವ ಕಣಗಳ ಪೊರೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತಿರುವುದು.



ಚಿತ್ರ ೨೦: ಕ್ಷಯದ ಪೊಳ್ಳುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿ ನಾಶ ಹೊಂದಿದ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡ.

ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದ ಕ್ಷಯ ಇಲ್ಲವೆ ಸುರಳಿನಾಳದ ಕ್ಷಯ ಉರಿತದೊಡನೆ ಕಂಡು ಬರುತ್ತವೆ.

ಕ್ಷಯದ ಸುರಳಿನಾಳದ ಉರಿತವು ಮೂತ್ರಾಂಗ – ಜನನಾಂಗ ಕ್ಷಯದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣವಾಗಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ಸ್ತ್ರೀಯರ ಜನನೇಂದ್ರಿಯಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತವೆ. ಶೇಕಡಾ ೮೦ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಅಂಡನಾಳಕ್ಕೆ ಪರಿಮಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಸುತ್ತಲಿನ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯವಿದ್ದಾಗ, ಶೇಕಡಾ ೬೦ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕರುಳ ಸುತ್ತುಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಇರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಡಕೋಶದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಇರುತ್ತದೆ (ಕ್ಷಯದ ಕೀವು ಗಂಟು).

ಅಂಡನಾಳ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣಗಳು ಕೀವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು (ಕ್ಷಯದ ಕೀವುನಾಳ).

ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕೀಲು ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಉಂಟಾಗುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು

ಮೂಳೆಗಳು ಮತ್ತು ಕೀಲಿನ ಕ್ಷಯವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದ ಭಾಗವಾಗಿ ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಹುಡುಗಿಯರಿಗಿಂತ ಹುಡುಗರಲ್ಲಿಯೇ ೬:೪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ. (ಜೊಹಾನ್‌ಸನ್). ಸಾಮಾನ್ಯ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯಂತೆ, ರೋಗವು ಬೆನ್ನು ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿ ಸ್ಪಂಜಿನಂತೆ ತಿರುಳನ್ನು ಪಡೆದ ಸಣ್ಣ ಮೂಳೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಟೊಳ್ಳಾದ ಉದ್ದ ಮೂಳೆಗಳ ತುದಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಬರುತ್ತದೆ.

ಒಳಗೆ ಉಂಟಾಗುವ ಮೂಳೆಯ ಉರಿತವು ಮೂಳೆ ಕ್ಷಯದ ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣ. ಅದರಲ್ಲಿ ಮೂಳೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ವ್ರಣ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲವಾದರೂ, ಮೂಳೆಯ ತಿರುಳಿನ ಉರಿತದ ವಿಶಿಷ್ಟ ಚಿತ್ರವು ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ.

ರೋಗದ ವ್ರಣವು ಹರಳಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಂತೆ ಇಲ್ಲವೆ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ರೂಪದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ಹರಳಿನಂತೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ ತೋರಿಸುವ ಮೂಳೆ ಕ್ಷಯ

ಬೂದಿಬಣ್ಣದ ಇಲ್ಲವೆ ಬೂದುಗೆಂಪಿನ ವ್ರಣಗಳು ಮೂಳೆಯ ತಿರುಳಿನಲ್ಲಿ

ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಆ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಸುತ್ತ ಹರಳಿನಂತೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ ತೋರಿಸುವ ಕೋಶದ ರಚನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂಳೆಯಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಉಗಮದಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವುದು ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣ (ಟಿ. ಪಿ. ಕ್ರಾಸ್‌ನೊಬಾಯೆವ್). ತೀವ್ರತರ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರ ತಿರುಳಿನ ತುಂಬ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು ಹರಡಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ.

ಮೊಳೆಯ ತಿರುಳಿನಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನಾಗಿ ಬೇರೂರಿದ ಉರಿತವು ಸುತ್ತಲಿನ ಮೂಳೆಯಲ್ಲಿ ರಂಧ್ರಗೊಂಡು ಧ್ವಂಸವಾಗುವಿಕೆಯನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ತೀವ್ರತರವಲ್ಲದ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಅದರ ಸುತ್ತ ಕೋಶ ರಚನೆಯಾಗಿ ನಾರಿನಂತೆ ವ್ರಣವಾಗಿ ಬದಲಾವಣೆ ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಅನೇಕ ಕಡೆ ಮೂಳೆಯ ಕಣಗಳು ವಿಪುಲವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿ ಗಂತಿಯಂತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಸಂಪರ್ಕ ಎಳೆಗಳ ಕೋಶವು ಬಿರುಕು ಬಿಟ್ಟು ಈ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತ ಸಾಗುತ್ತವೆ. ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶ ಹೊಂದುವುದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಮೂಳೆಯಲ್ಲಿ ಪೊಳ್ಳೊಂದು ಉದ್ಭವಿಸಿ, ಅದು ಪಕ್ಕದ ಕೀಲಿಗೆ ಹರಡಬಹುದು.

ಆಗಾಗ್ಗೆ, ನಾಶ ಹೊಂದುವಿಕೆಯು ಕೀವು ಇಲ್ಲದಂತೆ ಉಂಟಾಗಿ, ಒಣ ಕ್ಷಯದ ರೂಪವನ್ನು ಧರಿಸುವುದು.

ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು – ನಾಶಹೊಂದಿದ ಮೂಳೆ ಕ್ಷಯ

ಈ ತೆರನಾದ ಸೋಂಕಿನಲ್ಲಿ, ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಕೋಶದ ನಾಶವು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶ ಹೊಂದುವ ಸ್ಥಿತಿಯು ತಿರುಳು ಮತ್ತು ಮೂಳೆಯ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅನಂತರ, ವಸ್ತುಗಳು ಧ್ವಂಸವಾಗಿ, ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ವಸ್ತುಗಳು ಕರಗಿ ಕೆನೆಯಂತೆ ಹರಳಿನ ರೂಪದ ಕೀವು ಸಂಗ್ರಹಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ (ಮೂಳೆಯ ಮರಳು). ಅದರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಕಡಿಮೆ. ಕೀವುಗೊಂಡ ಈ ವ್ರಣವು ಕೀಲಿನೊಳಕ್ಕೆ ಹರಡಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಮೂಳೆಯ ಹೊರಪದರಿಗೆ ಹರಡಬಹುದು. ಮೂಳೆಯ ಹೊರಪದರು ಕೊರಕಲು ಬಿದ್ದ ಮೇಲೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವ ಶೈತ್ಯ ಕೀವು ಗಂಟುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ.

ಬೆನ್ನುಗಂಬದ ಎದೆಯ ಹಿಂಭಾಗ ಮತ್ತು ಸೊಂಟದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ಕೊಡಬೇಕು. ಅಲ್ಲಿ ಬೆನ್ನೆಲುಬು ಮಣಿಗಳು ನಾಶಹೊಂದಿ ಕುಸಿದು ಹೋಗುತ್ತವೆ. ಯೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೈಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ, ಬೆನ್ನು ವಿಕೃತಿಗೊಂಡು ಗೂನುಬೆನ್ನು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೨೧).

ಕೀಲಿನ ಕ್ಷಯ

ಮೂಳೆಯ ತುದಿಯಲ್ಲಿನ ಮೃದ್ವಸ್ಥಿಯಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯವು ಮುಂದುವರಿದು ಕೀಲಿನೊಳಕ್ಕೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹಬ್ಬಬಹುದಾಗಿದೆ.



ಚಿತ್ರ ೨೧: ಬೆನ್ನುಗಂಬ ಕ್ಷಯ–ಗೂನು.

ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪವಾಗಿ, ಅಲ್ಲಿನ ಎಣ್ಣೆ ಪೊರೆಯು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತವಾಗಿ ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಬಹುದು.

ಕೀಲಿನ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು ಎಣ್ಣೆ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ತೋರಿ ಉರಿತವನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸುತ್ತವೆ.

ಕೀಲು ವ್ರಣಗಳನ್ನು ಈ ತೆರನಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ: (೧) ಉಬ್ಬಿದ ಕ್ಷಯ, (೨) ಅಣಬೆ ಕ್ಷಯ, (೩) ಒಣಗಿ ಕೊಳೆತ ಕ್ಷಯ, (೪) ಕೀಲು ಕ್ಷಯ.

ಮೊದಲ ರೂಪದಲ್ಲಿ ನೀರಿನಂತಹ ಇಲ್ಲವೆ ನೀರು ಮತ್ತು ನಾರೆಳೆಯ ದ್ರವವು ಕೀಲಿನಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹಿತವಾಗುವುದು. ಅಣಬೆ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ, ಕ್ಷಯದ ಹರಳಿನ ಕೋಶದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಎಣ್ಣೆ ಪೊರೆಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವುದು. ಒಣಗಿ ಕೊಳೆತ ಕ್ಷಯವು ಉಂಟಾದಾಗ ಅಲ್ಲಿ ಹರಳಿನ ಕೋಶ ರಚನೆಯು ಅಷ್ಟಾಗಿ ಕಂಡು ಬರದೆ ಅದು ಹಿಂದೆ ಸರಿಯುತ್ತದೆ. ಕೀಲಿನಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ಕೀವಾದ ವ್ರಣಗಳು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಹರಳು ಕೋಶದ ಅಂಗಾಂಶವು ಕರಗುವುದರ ಇಲ್ಲವೆ ಮೂಳೆಯಲ್ಲಿನ ಕೀವು ಗಂಟು ಕೀಲಿನೊಳಕ್ಕೆ ಹರಡುವುದರ ಫಲವಾಗಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ.

ಚರ್ಮದ ಕ್ಷಯ

ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣಗಳು ವಿವಿಧ ರೂಪಧಾರಣೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ವ್ರಣಗಳು ಹೊರಗಿನಿಂದ ಸೋಂಕು ಪಡೆದು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವುದು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರಗಿನ ಇತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿಯಂತೆ, ಅವು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಈ ರೋಗವು ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಕ್ಷಯದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ (ಗಂಡಮಾಲೆ). ಗಂಡಸರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಹೆಂಗಸರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳು ಈ ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಬಲ್ಲವರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

ಲೂಪಸ್ ವಲ್ಗಾರಿಸ್ ಬಹು ಸಾಮಾನ್ಯ ತೆರನಾದ ಚರ್ಮ ಕ್ಷಯ. ಇಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ತೋರಿಸುವ ಉರಿತ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ರೋಗದಲ್ಲಿ ವಿಶಿಷ್ಟ ಗಂಟುಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಅವು ತಿಳಿ ಇಲ್ಲವೆ ದಟ್ಟವಾಗಿ ಹಳದಿ ಬಣ್ಣ ಹೊಂದಿ ಕೆಂಪು ಕಮಾನು ಪಡೆದಿರುತ್ತವೆ. ರೋಗವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮುಖದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಗಂಟುಗಳು ವಿಶಿಷ್ಟ ರೂಪವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದು, ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಗಾಜಿನ ಫಲಕವನ್ನು ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಿದರೆ, ಗಂಟುಗಳು ರಕ್ತರಹಿತ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತವೆ.

ಈ ರೋಗವು ವಿವಿಧ ರೂಪ ಧಾರಣೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಉದಾ : ಲುಪಸ್ ಹೈಪರ್ ಟ್ರೊಫಿಕಸ್, ವೆರುಕಸ್, ಸ್ಕ್ವೇಮಸ್, ಎಕ್ಸುಲೇಸೆರಾನ್ಸ್, ಸರ್ಪಿಜಿನಸ್. ಹಿಂದೆ ವರ್ಣಿಸಿದ ಗಂಡಮಾಲೆ ರೋಗವು ಈ ರೋಗದ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೂಪವಾಗಿದೆ. ಚರ್ಮದ ಕ್ಷಯವು ಕೆಳಗಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ ಇಲ್ಲವೆ ಕೀವುಗಾಲುವೆ ಹೊಂದಿದ ಕೀವಿನಿಂದ ವಿಸ್ತರಣ ಹೊಂದಿದವುಗಳಾಗಿವೆ.

ಕಣ್ಣಿನ ಕ್ಷಯ

ಕ್ಷಯದ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಮುಖ್ಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣವಾಗಿ ಫ್ಲಿಕ್ಟೆನುಲಾರ್

ಕಂಜಕ್ಟೈವೈಟಿಸ್– ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದೊಟ್ಟಿಗೆ ತೋರಿ ಬರುತ್ತದೆ.

ಕಣ್ಣಿನ ಕ್ಷಯವು ಕಣ್ಣಿನ ಪಾರದರ್ಶಕ ಪೊರೆ, ಕರಿಯಾಲಿ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಹಾಗೂ ಕಣ್ಜಾಲದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಅನೇಕ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಒಮ್ಮೆಗೇ ತೋರ ಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯ ಫಲವಾಗಿ ರೋಗವು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಬೇರೂರಿದ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಅವು ಉಂಟಾಗುವುದು ಕ್ವಚಿತ್ತಾಗಿ.

ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದಂತೆ ಕಿರಿಯಾಲಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಉರಿತ ತೋರಿ ಬರುತ್ತದೆ (ಹಂತ ೧). ಅನಂತರ ಅದರ ಉರಿತ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ, ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ (ಹಂತ ೨). ಈ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಯೌವನಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ. ಕಣ್ಣಿನ ದ್ರಾಕ್ಷಿಯ ಉರಿತವು ರೋಗದ ಮೂರನೆಯ ಹಂತವಾಗಿದೆ.

ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲದ ಕ್ಷಯ

ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯದ ಉರಿಯೂತ

ಇಲ್ಲಿ ರೋಗವುಂಟಾಗುವುದು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯ ಮೂಲಕ. ಅದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ವೃದ್ಧಿಗೊಂಡ ಕ್ಷಯದ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಜೀವಾಣು ಗಳ ಹರಡಿಕೆಗೆ ಮೂಲವಾಗಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣವಿರುತ್ತದೆ. ಅದು ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ, ಜನನೇಂದ್ರಿಯಗಳ ಬಳಿ– ಕ್ಷಯದ ಸುರಳಿನಾಳದುರಿತ ಇಲ್ಲವೆ ಬೀಜದುರಿತದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು. ಈ ರೋಗವು ಸಾವೆ ಕ್ಷಯದ ಫಲವಾಗಿ ಬೆಳೆಯಬಹುದು. ಅದು ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ರೋಗಾಣುಗಳ ಹರಡಿಕೆಯಾಗಿ ರೋಗವು ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲಕ್ಕಷ್ಟೇ ಸೀಮಿತವಾಗಿ ಆ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಬಹುದು.

ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಉರಿಯೂತ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಶತಾಂಶ ೭೫ ರಲ್ಲಿ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯವು ತೀವ್ರ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಹೊಂದಿ ರುತ್ತದೆ.

ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವುದನ್ನು ಪುನಃ ಒತ್ತಿ ಹೇಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅದು ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣ ಸಿಗುತ್ತದೆ. ಕ್ರೆಂಟ್ ತೋರಿಸಿದಂತೆ, ತಳದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯುರಿತವು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದ ಬರದೆ, ಚರ್ಮಾಕೃತಿಯ ರಕ್ತನಾಳ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಮೊದಲು ಧಾಳಿ

ಯಿಟ್ಟ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿಂದ ಬರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಅಭಿಪ್ರಾಯವು ತಳದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಪರಿಮಿತಗೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಎದುರಿಸಲು ಶಕ್ಯವಾಗುವುದು.

ಈ ಎಲ್ಲ ವಿಚಾರಗಳಿನ್ನೂ ದೃಢಪಟ್ಟಿಲ್ಲ. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ರಕ್ತ–ಮೆದುಳು ದ್ರವದ ಅಡ್ಡಿಯನ್ನು ದಾಟಿ ಮೆದುಳಬಳ್ಳಿಯ ದ್ರವ ಮತ್ತು ಮೆದುಳಬಳ್ಳಿಯ ಕೋಶ ದೊಳಕ್ಕೆ ಸಾಗಿ ಹೋಗುವ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಇದು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಔನ್ನತ್ಯದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಆಗ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಪ್ರತಿ ಕ್ರಿಯೆ ತೋರುವ ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ತಲುಪಿ, ತಳದ ಪದರಿನಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯದ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿನ ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿಯು ಕ್ಷಯಾಣು ಗಳು ಮೆದುಳಬಳ್ಳಿಯ ದ್ರವದೊಳಕ್ಕೆ ಹರಡುವುದರಿಂದ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಜೆಲ್ಲಿ ಯಂತಹ ಒಸರಿಕೆಯು ಮೆದುಳ ಸೇತುವೆ ಮತ್ತು ಚಕ್ಷು ನರದ ಕತ್ತರಿಯ ಮಧ್ಯ ಸ್ರಾವ ಗ್ರಂಥಿಯವರೆಗೂ ವ್ಯಾಪಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿನ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಚಿತ್ರ ಅಸ್ಪಷ್ಟ. ಮೆದುಳ ಕೋಶವು ಉಬ್ಬಿ ರಕ್ತ ಕಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಹೊರ ಪದರೂ ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗ ವಹಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಮುಂದಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಒಸರಿಕೆಯ ಮತ್ತು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮಹತ್ವದವಾಗಿವೆ. ಕ್ಷಯಗಂಟು ಗಳು ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಅಂತಹ ಗಂಟುಗಳನ್ನೂ ಕಾಣಬಹುದು. ಹಾಗಿದ್ದರೂ ಸೋಂಕು ಮೆದುಳ ಬಳಿಯ ದ್ರವ ದೊಳಕ್ಕೆ ಇಳಿಯದಿರಬಹುದು. ಹಾಗಾಗದ ಕೆಲವು ಬಾರಿ, ಕ್ಷಯದ ವಸ್ತುಸಮೂಹವು ಮೊದಲು ಒಸರಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸದೆ ಉಂಟಾಗಬಹುದು.

ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆ ಉರಿತವು ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ಏರಿದ ಒಗ ದಿರುವಿಕೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಮೆದುಳಿ ನಲ್ಲಿಯೂ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೩

ಚರಿತ್ರೆ ಮತ್ತು ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು

ಅನೇಕ ತೆರನಾದ ರೂಪಧಾರಣೆ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಒಂದು ಮುಖ್ಯವಾದ ಲಕ್ಷಣ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಅದು ರೋಗದ ಸೋಂಕಿನ ಗುಣಧರ್ಮದಿಂದ ಮತ್ತು ಅದರಿಂದಾಗಿ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅನೇಕ ಅಂಗಗಳು ಮತ್ತು ಮಂಡಲಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟುಮಾಡುವ ವಿವಿಧ ತೆರನಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಯವೂ ಅದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಆ ರೀತಿಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳು, ದೇಹದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿವೆ.

ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳ ಉದ್ಭವ

ಕೆಳಗೆ ಕಾಣಿಸಿದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತವೆ.

೧. ಮೊದಲಿನ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಅದರ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ

೨. ವ್ರಣದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು– ಸ್ಥೂಲವಾಗಿ ರೋಗ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಸ್ಥಳ

೩. ನಂಜಿನ ಪ್ರಮಾಣ.

ವ್ರಣದ ಚಟುವಟಿಕೆ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ– ಇವುಗಳು ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ತೀಕ್ಷ್ಣ ರೂಪವನ್ನು ಧರಿಸುವುದಲ್ಲದೆ ಅವು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅದರಲ್ಲೂ ರೋಗದ ಉಗಮದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದಂತೆಯೂ ಇರಬಹುದಾಗಿದೆ. ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಾರದಂತೆ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಇರುವ ಪ್ರಮೇಯಗಳಿವೆ (ಅಪ್ರಕಟಿತ ಕ್ಷಯ). ಆದ್ದರಿಂದ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವಾಗ, ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಚರಿತ್ರೆಯನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯುವುದು ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕ. ಚರಿತ್ರೆಯ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮತ್ತು ಹಿಂದೆ ಇದ್ದ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಪುರಾವೆಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆ– ಅದರಲ್ಲೂ ಅವುಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯ

ದೃಢಪಡಿಸಿದಲ್ಲಿ– ಕ್ಷಯರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಯೋಗ್ಯ ಭೂಮಿಕೆಯನ್ನೊದಗಿಸಿಕೊಡುತ್ತವೆ.

ಬಾಲ್ಯ ಕ್ಷಯ

ವ್ರಣದ ಹಬ್ಬುಗೆ ಮತ್ತು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಬದಲುಗೊಳ್ಳುವ ಮೊದಲು, ಅಂಗಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಗೋಚರಿಸದಿದ್ದರೂ ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವ ತೋರ್ಪಟ್ಟು ಒಳಗೆ ಹುದುಗಿ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಸ್ಥಿತಿಯು ಬಾಲ್ಯ ಕ್ಷಯದ ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣವು ಉದ್ಭವವಾದ ನಂತರ, ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ನಿಲುಗಡೆಯಾದ ಮೇಲೂ (ಘಾನ್‌ರ ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಕ್ಷಯ ಪ್ರದೇಶ) ಎದೆಯ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಉದರದಲ್ಲಿರುವ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣವನ್ನು ಹೊಂದಿರಬಹುದು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ವಿವಿಧ ಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಆಗ ಸಾಮಾನ್ಯ ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯ ಗೋಚರಿಸಿ, ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ನಿದ್ರಾಹೀನತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಎ. ಎ. ಕಿಸೆಲ್ ಅವರು ಅತ್ಯಂತ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲಿ ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ಬರುವ ಜ್ವರ, ಹೆಚ್ಚುವರಿಗೊಂಡ ದೈಹಿಕ ಶಕ್ತಿ ವ್ಯಯ ಮತ್ತು ಬೆವರುವಿಕೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಚಳಿ ಮತ್ತು ಪದೇ ಪದೇ ಶೀತ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಅವು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ, ವಾತಾವರಣದ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಮಣಿದು ತೋರಿಬರುವ ಲಕ್ಷಣಗಳಾಗಿವೆ. ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವದಿಂದಾಗಿ ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಕುಂಠಿತಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆ

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದ ನಂತರ ಬರುವ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ವಯಸ್ಕರು ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಫುಟವಾಗಿ ಪ್ರಕಟಿಸುತ್ತಾರೆ. ಶತಾಂಶ ೮೫ ರಿಂದ ೯೦ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿನ ವ್ರಣ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಶತಾಂಶ ೬೦ ರಲ್ಲಿ ರೋಗವು ತೀವ್ರ ತೆರನಾಗಿ ಪ್ರಕಟಗೊಂಡು ಇನ್ಫ್ಲುಯೆಂಜಾ ರೋಗವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಡಬಹುದು. (ಮಿಥ್ಯ ಇನ್ಫ್ಲುಯೆಂಜಾ). ತೀವ್ರವಾಗಿ, ಕೆಲವು ಕಾಲದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಗೋಚರಿಸಿದ ಜ್ವರ (೧–೨ ವಾರ) ಕಡಿಮೆಯಾಗಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿನ ಜ್ವರವಾಗಿ ಉಳಿಯಬಹುದು. ಆಗ ಜ್ವರವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸಂಜೆಯ ಹೊತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು. ಎಲ್ಲೋ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಬೆಳಗಿನ ಹೊತ್ತು ಜ್ವರ ತೋರಬಹುದು (ತಿರುಗು ಮುರುಗು ಜ್ವರ). ಮೊದಲಿನ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಯು ಇನ್ಫ್ಲು-

ಯೆಂಜಾ ಎಂದು ಗಣನೆಗೆ ತರುವುದಿಲ್ಲ. ಮತ್ತೆ ಮರುಕಳಿಸಿದಾಗ ರೋಗಿಯು ವೈದ್ಯನ ಬಳಿ ಹೋಗುತ್ತಾನೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯವು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತ, ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತ ಸಾಗುವುದೆಂಬುದನ್ನು ಮರೆಯಬಾರದು. ತೀಕ್ಷ್ಣವಲ್ಲದ ರೋಗವು ಸ್ತಬ್ಧವಾಗುತ್ತ ಗುಣಹೊಂದುವುದರಲ್ಲಿ ಪರ್ಯವಸನಗೊಳ್ಳುವುದು. ಇತರರಲ್ಲಿ ಮರುಕಳಿಸಬಹುದು.

ವ್ಯಕ್ತಿಯು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೂಡಲೇ ಕೊಡಮಾಡಿದ ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಇವುಗಳು ಪದೇ ಪದೇ ರೋಗದ ಮರುಕಳಿಸುವಿಕೆ, ಹೆಚ್ಚುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಫಲವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತವೆ. ತೀವ್ರವಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿದ ರೋಗವು ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿನ ವ್ರಣದ ಉರಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ವ್ರಣದ ಉರಿಯು ಇತರ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿದ್ದಾಗ ತೀವ್ರ ರೋಗವು ವಿರಳವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ.

ಚರಿತ್ರೆ

ರೋಗವನ್ನು ಅದರ ಮೂಲದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಲು, ಚರಿತ್ರೆಯನ್ನು ಕೂಲಂಕಷವಾಗಿ ದೊರಕಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ. ಮನೆತನದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದಿಂದ ನರಳಿದವರ ಬಗ್ಗೆ– ಅದರಲ್ಲೂ ಕಫದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ವಿಸರ್ಜಿಸುವವರ ಬಗ್ಗೆ– ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವರವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಆದ್ಯ ಕೆಲಸ. ಅಂತಹ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿರುವವರಲ್ಲಿ, ಇತರ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗಿಂತ ೩–೪ ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ರೋಗವು ಬರುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ನರಳಿದ ಖಾಹಿಲೆಗಳು (ಗೊಬ್ಬರ, ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು, ಉಸಿರ್ನಾಳದುರಿ, ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿ) ಮತ್ತು ಬಿ. ಸಿ. ಜಿ. ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಪಡೆದುದರ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ವೃತ್ತಿಯ ವಿಪತ್ತುಗಳು (ಧೂಳು. ಕೆಟ್ಟ ವಾಯು, ವಿಕಿರಣ), ಹಿಂದೆ ಬಂದಿದ್ದ ಜ್ವರ, ರಾತ್ರಿ ಬೆವರು ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಯ ನಂತರ ತೋರಿಬರುವ ಸುಸ್ತು– ಇವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಬರೆಯಬೇಕು. ಕ್ಷಯದ ನಂಜಿನಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಮುಟ್ಟುದೋಷ, ಅದರ ಫಲವಾಗಿ ತೋರಿಬರುವ ನಿರ್ನಾಳಗ್ರಂಥಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ನ್ಯೂನತೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಂಗಸರಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಬೇಕು. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಈ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳು ಜನನೇಂದ್ರಿಯಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣದಿಂದ ಬಂದಿರಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯ ದೈಹಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲದೆ, ರಕ್ತಕಫ, ಕೆಮ್ಮು, ಕಫ ಮತ್ತು ಅದರ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದರೆ ಅದರ ಪರಿಣಾಮ ಇವುಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಬೇಕು. ಉಸಿ

ರಾಟದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ನೋವು (ಪುಪ್ಪುರಿ) ಅಥವಾ ಉಬ್ಬಸದೊಂದಿಗೆ ಕಂಡುಬರುವ ನೋವು (ತಂತಾನೆ ಎದೆಗಾಳಿ) ಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಲಕ್ಷ್ಯ ಕೊಡಬೇಕು.

ದೈಹಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕುಂದಿಸಿ, ರೋಗಾಣುಗಳ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಈಡು ಮಾಡಬಲ್ಲ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಾದ ಸಿಹಿ ಮೂತ್ರ ರೋಗ, ಬಿಳ್ಕಣತೆ, ಹೃದಯದ ಹುಟ್ಟು ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳ ಕಾರ್ಯವ್ಯಯ (ಜಠರದಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲದ ಇಳುವರಿ, ಹೆಗ್ಗರುಳಿನ ಉರಿತ) ಇವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ಕೊಡಬೇಕು.

ಹಿಂದೆ ಬಂದಿದ್ದ ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆ, ಮೇಲಣ ಉಸಿರಾಟ ಮಂಡಲ, ಕವಲುಸಿರುನಾಳ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸದ ರೋಗಗಳು ಬರುವ ಪರಿಪಾಠ ಮತ್ತು ಅವಧಿಯನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಅಳವಡಿಸಿದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ, ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿ ಕಳೆದ ಕಾಲ ಮತ್ತು ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ಔಷಧಗಳು, ಅವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ, ಕೊಟ್ಟ ಕಾಲ ಹಾಗೂ ಅದರ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಜೀವಾಣು ರೋಧಕಗಳನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಅವುಗಳ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ತಿಳಿಯುವುದು ಉಚಿತ.

ದೈಹಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಜ್ವರ, ಬೆವರು

ದೈಹಿಕ ಉಷ್ಣತೆಯ ಏರಿಕೆ ಮತ್ತು ಚುರುಕುತನ ತೋರುವ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಅದರ ದೈನಂದಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲರೂ ಅರಿತಿದ್ದಾರೆ. ತೀವ್ರವಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾದಾಗ ಉಷ್ಣತೆಯು ೩೮ ಅಥವಾ ೩೯° ಸೆ. ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಏರುತ್ತದೆ. ರೋಗವು ಪ್ರಭಾವ ಹೀನವಾದಾಗ ಉಷ್ಣತೆಯು ಕೆಳಕ್ಕಿಳಿಯುತ್ತದೆ (೩೭.೨ ರಿಂದ ೩೭.೫° ಸೆ.). ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಇತರ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ಜ್ವರ ಬರುವುದನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

ಮೈ ಬೆಚ್ಚಗಾಗುವುದು ಕ್ಷಯರೋಗ ಮತ್ತು ಅದರ ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕಷ್ಟೇ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲದಿರುವುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಅದು ಗಲಗ್ರಂಥಿಯ ಉರಿ, ಮೂಗಿನ ಹೊಳ್ಳೆಯ ಟೊಳ್ಳುಗಳ ಉರಿತ, ಹೃದಯ ಮತ್ತು ಪಿತ್ತನಾಳದ ಉರಿತ, ಕೀವುಂಟಾದ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯನಂಜಿನಲ್ಲಿ ಮುಂಜಾನೆ ಮತ್ತು ಸಂಜೆ ತೋರಿಬರುವ ಉಷ್ಣತೆಯಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ೦.೫° ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಉಷ್ಣತೆಯಲ್ಲಾಗುವ ಏರಿಳಿತವು ಕ್ಷಯದ ಒಂದು ವಿಶಿಷ್ಟ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆ ಹಾಗೂ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಸೇರಿಕೆಗೆ ತೋರಿಸುವ ತೀವ್ರತರ

ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಉಷ್ಣತೆಯ ತೀವ್ರ ಏರಿಕೆ (೧ ರಿಂದ ೨ ಘಂಟೆಗಳ ಕಾಲ) ಯನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಚುರುಕಾದ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣವನ್ನು ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿದ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅರ್ಧ ಗಂಟೆ ತಿರುಗಾಟದಂತಹ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ದೈಹಿಕ ಕ್ರಮ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ತುಮುಲವನ್ನು ಹೊಂದಿದಾಗ ಉಷ್ಣತೆಯ ಏರಿಕೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಬಹುದು. ದೈಹಿಕ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್‌ಗೆ ಸಮವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದಡಿ ಕೊಡುವ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಇಂಜಕ್ಷನ್‌ನ್ನು (ಕಾಕ್‌ರ ಪರೀಕ್ಷೆ) ಒಳಗೆ ಹುದುಗಿದ ವ್ರಣದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಉಪಯೋಗಿಸ ಲಾಗುತ್ತಿದ್ದಿತು. ಆ ತೆರನಾದ ವ್ರಣವಿದ್ದರೆ, ಜ್ವರ ಬರುತ್ತಿದ್ದಿತು; ಒಳಗೆ ಕಫ ಹೆಚ್ಚಿ ಹೊರಬರುತ್ತಿದ್ದಿತು; ಮತ್ತು ಒಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಗೋಚರಿಸು ತ್ತಿದ್ದಿತು. ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಕೆಲವು ಕಾಲಮಾನಗಳಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ರೋಗಾಣು ರೋಗಗಳಲ್ಲಿಯಂತೆ, ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಉಷ್ಣತೆಯು ಸ್ಥಿರವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಉಷ್ಣ ತೆಯು ಸಾಯುಂಕಾಲ (ಸಂಜೆ ೪ ರಿಂದ ೭) ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಬೆಳಗ್ಗೆ ಕಡಿಮೆಯಿರು ತ್ತದೆ (ತಿರುಗು ಮುರುಗು ಜ್ವರ).

ರೋಗವು ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿರುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಅನೇಕ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳಿಂದಾಗಿ ರೋಗದ ವಿವಿಧ ರೂಪಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅದನ್ನು ಈ ತೆರನಾಗಿ ವಿವರಿಸಬಹುದು.

೧. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಅದರ ನಂತರದ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ತೋರುವ ಹರಡಿಕೆ, ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿ ಮತ್ತು ದೇಹಾದ್ಯಂತ ಹರಡುವಿಕೆ ಹಾಗೂ ತೀವ್ರತರನಾಗಿ ಪ್ರಕಟ ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಉಲ್ಬಣ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಜ್ವರ (೧ ರಿಂದ ೩ ವಾರಗಳ ಪರ್ಯಂತ); ಅದು ೩೯° ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಏರಿ, ನಂತರ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯಿಂದಾಗಿ ಬೇಗ ಬೇಗನೇ ಕೆಳಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಇಳಿಯುತ್ತದೆ.

೨. ಸುತ್ತಣ ಪ್ರದೇಶ, ಎದೆಗೂಡು ಮತ್ತು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಪ್ರದೇಶದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತಗೊಂಡ ಕ್ಷಯ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಜ್ವರವನ್ನು ಅಲೆಯಂತೆ ಇಲ್ಲವೇ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ಉಷ್ಣತೆ (೩೭.೨ ರಿಂದ ೩೭.೫° ಸೆ.) ಯಿಂದ ತೋರ್ಪಡಿಸ ಬಹುದು.

೩. ನಾರಿನಿಂದ ಟೊಳ್ಳಾದ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೆ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ ದಲ್ಲಿ ಜ್ವರ ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ಬರುವುದಲ್ಲದೆ ಏಕಾಏಕಿ ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಿ ಏರಬಹುದು

(ಉಲ್ಬಣಿಸಿದ ಭಯಾನಕ ಕ್ಷಯ) : ದಿನದಲ್ಲಿ ೨ ಡಿಗ್ರಿ ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು ವೈಪರೀತ್ಯಗಳು; ತುಂಬಾ ಬೆವರುವಿಕೆ.

೪. ಅಸ್ಥಿರವಾದ ಉಷ್ಣತೆ : ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಒತ್ತಡದಿಂದಾಗಿ ಉಷ್ಣತೆಯನ್ನು ಸಮ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ, ಉಷ್ಣತೆಯು ಅನೇಕ ಗೆರೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ.

೫. ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಮುಟ್ಟಾಗುವ ಮೊದಲು ಉಷ್ಣತೆಯು ಅನೇಕ ಗೆರೆ ಹೆಚ್ಚಬಹುದು. ಅದು ಕ್ಷಯದ ಚುರುಕುತನದಲ್ಲೂ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿದ ಪುಪ್ಪುಸದ ವ್ರಣ (ನಿಧಾನವಾಗಿ ರಕ್ತದ ಮೂಲಕ ಹರಡಿದ ರೂಪ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿ) ದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಜ್ವರದಲ್ಲಿ ಜೀವಸ್ತು ಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯು ಶತಾಂಶ ೨೦ ರಿಂದ ೩೦ ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಆಮ್ಲ ಜನಕದ ಕೊರತೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಜ್ವರದಲ್ಲಿ ಬೆವರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಅದರಲ್ಲೂ ರೋಗವು ತೀವ್ರವಾಗಿರುವವರು ತುಂಬಾ ಬೆವರುತ್ತಾರೆ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ನಂಜು ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡುವುದು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ತಿಳಿದ ವಿಷಯ. ಅದರಲ್ಲೂ ಈ ವ್ಯತ್ಯಯವು ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ದೈನಿಕ ಕ್ರಮಗಳ ನರಮಂಡಲದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ರೋಗದಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾಗಲೂ ಕಂಡುಬರಬಹುದು.

ಇದು ಬೆವರುವಿಕೆಗೆ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಬೆಚ್ಚನೆಯ ಹಾಸಿಗೆ ಮತ್ತು ಹೊದಿಕೆಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಗಾಳಿಯಾಡದ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ರೋಗಿಯು ತೋರ್ಪಡಿಸುವನು.

ಕ್ಷೀಣತೆ

ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆಯು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದ್ದಿತು. ಸಮತೋಲನ ಆಹಾರ ಹಾಗೂ ಯೋಗ್ಯ ಪೂರಕ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಜರುಗುವ ದೈಹಿಕ ಸವಕಳಿಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಿದ ಮೇಲೆ, ಅದರ ತೀವ್ರತಮ ರೂಪಗಳನ್ನು ಕಾಣುವುದು ಕ್ವಚಿತವಾಗಿದೆ. ಆದರೂ ಚುರುಕುತನ ಮತ್ತು ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವವರಲ್ಲಿ ತೂಕದ ಇಳುವರಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕೆ

ಕಾರಣ, ಅದರಲ್ಲೂ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ರೂಪಗಳಲ್ಲಿ, ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆಯೇ ಆಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಚುರುಕುತನ ತೋರ್ಪಡಿಸುವಾಗ ಉಂಟಾಗುವ ಜೀವಸ್ತುಕರಣದ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳ ದ್ಯೋತಕವಾಗಿ ಉಂಟಾಗುವ ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳ ತೊಂದರೆಯೂ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗದ ನಂಜಿನಲ್ಲಿ, ತೋರಿಬರುವ ಉತ್ಕರ್ಷಣ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳೂ ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ. ಆಮ್ಲಜನಕಪೂರಿತ ಗಾಳಿ ಸೇವನೆಯು ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದುದೆಂದು ಎಲ್ಲರೂ ತಿಳಿದಿದ್ದಾರೆ. ದುರಾದೃಷ್ಟವಶಾತ್, ಐ. ಪಿ. ಪಾವ್‌ಲೋವ್ ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ ಆಮ್ಲಜನಕವು ಆಹಾರದ ವಸ್ತುವೆಂಬುದನ್ನು ಕಾರ್ಯತಃ ಅಳವಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಮರೆಯಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ರೋಗವು ತನ್ನ ಚುರುಕುತನವನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸುತ್ತಿರುವಾಗ ತೋರಿಬರುವ ಮೂಲಭೂತ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಈ ರೀತಿ ಸಂಕ್ಷೇಪಿಸಬಹುದು : (೧) ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ; (೨) ಜ್ವರ; (೩) ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆ.

ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಆಹಾರವಿಲ್ಲದೆ, ಇನ್ನು ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ತಿನ್ನಿಸುವುದರಿಂದ ಆಹಾರದ ಮೇಲೆ ಬಯಕೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಒಸರಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಯದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವುದು. ಅದರಲ್ಲೂ ಜಠರ ರಸದ ಇಳುವರಿಯನ್ನು ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ರೋಗವು ಕರುಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ.

ಉಸಿರಾಟ ಮಂಡಲದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು

ಎದೆಯಲ್ಲಿ ನೋವು

ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತದ ಪ್ರಾರಂಭ ದೆಶೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ತೆರನಾಗಿ ಇರಿಯುವಂತಹ ನೋವು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಉಚ್ಛ್ವಾಸ ಹಾಗೂ ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ ತೋರಿಬರುವ ತೀವ್ರ ತರ ನೋವು ಉಸಿರಾಟಕ್ಕೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಏಕಾಏಕಿ ಎದೆಗಾಳಿಯಾದಾಗ, ಇದ್ದಕ್ಕಿದ್ದಂತೆ ನೋವು ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಉಬ್ಬಸ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಇರುವ ನಾರೆಳೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದ ಪೊಳ್ಳು ಮತ್ತು ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಮಂದವಾದ ನೋವು ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದಲ್ಲದೆ, ಅದು ಹಿತಕರವಲ್ಲದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ದೇಹವಿದ್ದಾಗ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ.

ರೋಗವು ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲವಿದ್ದ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯು ಬೆನ್ನಿನಲ್ಲಿ ಕೊರೆದುಹೋಗುತ್ತಿರುವಂತೆ ನೋವನ್ನು (ಕ್ಷಯದ ಮೊಳೆ) ಹೊಂದಬಹುದು. ಅದು ಬೆನ್ನು ಮೂಳೆಯಲ್ಲಿನ ವ್ರಣದ ಸೂಚಕವಾಗಿರಬಹುದಾದುದರಿಂದ ಕೂಲಂಕಷ

ವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ (ಎದೆಯ ಚಿತ್ರವಲ್ಲದೆ, ಬೆನ್ನೆಲುಬನ್ನು ಪಕ್ಕದಿಂದ ತೆಗೆದ ಚಿತ್ರ). ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನರದುರಿತ (ಪಕ್ಕೆಲುಬಿನ ಮಧ್ಯದ ನರದುರಿತ) ಮತ್ತು ಎದೆಯ ಮುಂಭಾಗದ ಸ್ನಾಯುಗಳ ನೋವು (ಸ್ನಾಯುರಿ) ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಎದೆಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಯ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಗುಂಡಿಯಲ್ಲಿ ನುಂಗಿದಾಗ ನೋವು ಬರುತ್ತದೆಂದು ಹೇಳುತ್ತಿದ್ದುದನ್ನು ನಾವು ಕಂಡಿದ್ದೇವೆ.

ಶೃಂಗಭಾಗದಲ್ಲಿ ವ್ರಣವಿದ್ದಾಗ, ನೋವು ಕೊರಳ ಮೂಳೆಯ ಮೇಲಿನ ಪ್ರದೇಶ ದಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಮೇಲೆ ಸೂಚಿಸಿದ ನೋವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ಬರುತ್ತದೆ. ಅವು ಹವಾಮಾನದೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿವೆ (ಗಾಳಿ, ಹೆಚ್ಚಿನ ತೇವ, ಚಳಿ, ಬಿರುಗಾಳಿ). ಹವಾಮಾನ ಸರಿ ಹೋದಂತೆ ಅವು ತಂತಾನೆ ದೂರವಾಗುತ್ತವೆ.

ಕೆಮ್ಮು

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸ ಇಲ್ಲವೆ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಕೆಮ್ಮು ತೋರಿ ಬರುತ್ತದೆ. ಅದು ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ಬರಬಹುದು, ದೀರ್ಘಾವಧಿ ತೋರಿ ಬರಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಏಕಾಏಕಿ ಒಮ್ಮೊಮ್ಮೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತ ಹೋಗಬಹುದು. ಅದರೊಡನೆ ಕಫ ಹೊರಬರಬಹುದು. ಶ್ವಾಸನಾಳದ ಕವಲಿನಲ್ಲಿ ರೋಗದ ವ್ರಣವಿದ್ದರೆ ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಶ್ವಾಸನಾಳದ ಎಲ್ಲ ತೆರನಾದ ವ್ರಣ ದಲ್ಲೂ ತೋರಿಬರದಿರಬಹುದು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಕೆಮ್ಮು ತೋರಿ ಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚು ಕಫವನ್ನು ಹೊರತರುವ ಕೆಮ್ಮು, ಪೊಳ್ಳಾದ ಕ್ಷಯ, ಅದರೊಟ್ಟಿಗೆ ಹಿಚಲ್ಪಟ್ಟ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಈ ಆಘಾತಗಳು, ಸಂಚಾರಿ ನರವನ್ನೂ ಕೆಣಕಿ ವಾಂತಿಯಲ್ಲಿ ಪರ್ಯವಸಾನವಾಗ ಬಹುದು. ದನಿ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ವ್ರಣದಲ್ಲಿ ಒಣ ಕೆಮ್ಮು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಗೋಚರಿ ಸುತ್ತದೆ. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತದಲ್ಲಿ ಪರಾವರ್ತನ ಕ್ರಿಯೆಯಿಂದಾಗಿ ಕೆಮ್ಮು ತೋರಿ ಬರುತ್ತದೆ.

ಆದರೂ ಒಂದು ಮೂರಾಂಶ ರೋಗಿಗಳು ಕೆಮ್ಮನ್ನು ಹೇಳದಿರುವುದನ್ನು ನೆನಪಿ ನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣವು ಕೆಮ್ಮನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿ ಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಕೆಮ್ಮು ಪದೇ ಪದೇ ಬಂದು ಹಿಂಡಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಬಿಡದೆ ಬರಬಹುದು.

ಅದರಿಂದಾಗಿ ರೋಗಿಯು ಸುಸ್ತಾಗಿ, ನಿದ್ರಾಹೀನತೆ, ಎದೆ, ಹೊಟ್ಟೆ ಮತ್ತು ವಪೆ ಯಲ್ಲಿ ನೋವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವನು. ರಕ್ತಕೆಮ್ಮು ಇದ್ದಾಗ ಕೆರಳಿಕೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವ ತೀಕ್ಷ್ಣ ಕೆಮ್ಮು ಏಳುತ್ತಿರುತ್ತದೆ.

ಔಷಧಗಳಿಂದ ಕೆಮ್ಮನ್ನು ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿ ತರಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಮಾನಸಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯಿಂದ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟು ಕ್ರಮಪಾಲನೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡಿ, ಕೆಮ್ಮನ್ನು ಮನೋಧಾರ್ಢ್ಯದಿಂದ ಅಡಗಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಬಹುದು. ಆದರೂ ಇಂದು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೇ ಕೆಮ್ಮನ್ನು ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿ ತರುವ ಮುಖ್ಯ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ.

ರಕ್ತಕೆಮ್ಮು

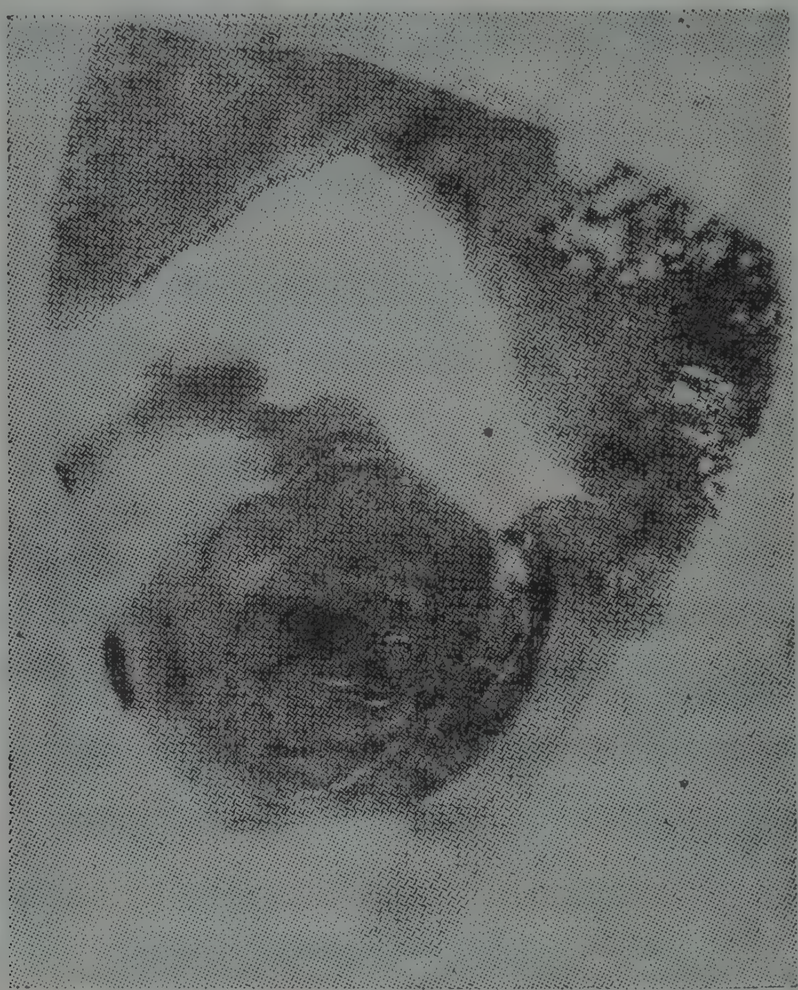
ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ ರಕ್ತ ಬರುವುದೇ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗೆ ತುಂಬಾ ಅಪಾಯಕಾರೀ ಲಕ್ಷಣ ವಾಗಿದೆ. ಅದು ರೋಗದ ಚುರುಕುತನವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು ಈ ಕೆಳಗಿನ ರೂಪಗಳನ್ನು ಧರಿಸಬಹುದು.

೧. ಮೂಲಭೂತವಾದ ರಕ್ತಕೆಮ್ಮು ಯಾವುದೇ ಮುಖ್ಯ ರಕ್ತನಾಳವನ್ನೊಡೆ ಯದೆ ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಉರಿತದಿಂದ ಬರುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಹೊರಹಾಕುವ ವಸ್ತುಗಳು ರಕ್ತನಾಳ ಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ, ಆದರ ಫಲವಾಗಿ ಲೋಮ ನಾಳಗಳು ತೆಳುವುಗೊಂಡು ರಕ್ತ ಹೊರಬರಲು ಮಾರ್ಗವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುತ್ತವೆ (ರಕ್ತ ಕೆಮ್ಮು). ರಕ್ತೋದ್ರೇಕವಾದಾಗ ಅದು ಕಫದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಗೆರೆಯಂತೆ ಇಲ್ಲವೆ ಕಣ್ಣೆ ಯಂತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಆಗ ಕೆಮ್ಮಿನ ಕೆರೆತವಿರುವುದಿಲ್ಲ.

೨. ನಿರ್ನಾಮ ಕ್ಷಯ ರೂಪಗಳಲ್ಲಿನ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಮತ್ತು ಉಸಿರುನಾಳದ ಹೀಚುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಒಡೆದುಹೋಗುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳಿಂದ ರಕ್ತಕೆಮ್ಮು ಬರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವು ತುಂಬಾ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದು ಮರುಕಳಿಸುವ ಪ್ರಮೇಯಗಳು ವಿಪುಲ. ಅದರೊಡನೆ ಕೆಮ್ಮು ತಲೆದೋರಿ ರೋಗವು ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಒಳಸೇರುವ ಮತ್ತು ವಿಸ್ತೃತವಾದ ಪುಪ್ಪುರಿತದ ತೊಡಕನ್ನುಂಟುಮಾಡಬಹುದು.

೩. ವಿಪುಲವಾಗಿ ರಕ್ತಕೆಮ್ಮು. ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದೊಡ್ಡ ರಕ್ತನಾಳದ ಒಡೆತದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವುದು (ರಾಸ್‌ಮೂಸೆನ್‌ರ ಹೀಚಿದ ರಕ್ತನಾಳ) (ಚಿತ್ರ ೨೨). ತೀವ್ರತರನಾದ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಇಲ್ಲವೆ ರಕ್ತಕರಣೆ ಒಳಕ್ಕೆ ಸೆಳೆಯಲ್ಪಟ್ಟು ಉಸಿರುನಾಳ ವನ್ನು ಮುಚ್ಚಿ ಉಸಿರಾಟದ ನಿಲುಗಡೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಸಾವನ್ನುಂಟು

ಮಾಡಬಹುದು. ಆದರೂ ಹೆಚ್ಚು ರೋಗಿಗಳು ಅಂತಹ ತೊಡಕನ್ನು ಎದುರಿಸ ಬಲ್ಲರು. ಅನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅವರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಲಕ್ಷ ಕೊಡುವುದು ಅಗತ್ಯ. ದ್ವಿತೀಯ ಮಾಸ್ಕೋ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ಸೇರಿದ ಕ್ಷಯರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯದಲ್ಲಿ ದೊರಕಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯಂತೆ, ರಕ್ತಕೆಮ್ಮನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿದ ಶತಾಂಶ ೩೨-ರೋಗಿಗಳು ಯಾವ ತೊಡಕನ್ನೂ ತೋರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ೨೪೩ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಹದಿನಾಲ್ಕು ಜನರು ವಿಪರೀತ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು.



ಚಿತ್ರ ೨೨ : ರಾಸ್‌ಮೂಸೆನ್ನರ ಹಿಗ್ಗಿದ ರಕ್ತನಾಳ.
ಹೀಚಿದ ರಕ್ತನಾಳದೊಳಗೆ ರಕ್ತಕರಣೆ

ಶತಾಂಶ ೨೧.೮ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಕರಣೆಯು ಶ್ವಾಸನಾಳದೊಳ ಹೊಕ್ಕು ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡಿತು (ಕೆ. ಎಸ್. ಐಸೆನ್‌ಷಾಡ್ಟ್).

ಇಂದು, ಆಧುನಿಕ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರಗಳು ಲಭ್ಯವಿದ್ದು ತನ್ಮೂಲಕ ರೋಗದಿಂದ ಬೇಗ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಂಭವಗಳು ವಿಪುಲ ವಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ರಕ್ತಕೆಮ್ಮು ಉಂಟಾಗುವ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ. ಇನ್ನೊಂದೆಡೆ, ನಾರೆಳೆಯ ಟೊಳ್ಳಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ತೀವ್ರತೆರನಾದ ರೋಗಿ ಗಳು ಯೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆದು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಜೀವಿಸಬಹುದಾದುದರಿಂದ, ರಕ್ತೋದ್ರೇಕವಾಗುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಇಂದೂ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದನ್ನು ವಿವರಿಸಬಹುದು.

ರೋಗವು ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗ ರಕ್ತೋದ್ರೇಕವಾಗುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅಂತಹ ಘಟನೆಗಳು ಭಿತ್ತಿಯ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವುದನ್ನು ನಾವು ಪದೇ ಪದೇ ನೋಡಿದ್ದೇವೆ. ೧೯೧೨ ರಿಂದ ೧೯೧೫ ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲೊಮ್ಮೆ ಒಬ್ಬ ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ೨೧ ಮತ್ತು ೨೩ ವರುಷದ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಐದು ಬಾರಿ ಹೆಚ್ಚು ತೀವ್ರತೆರನಾದ ರಕ್ತಕೆಮ್ಮನ್ನು ಹೊಂದಿದ. ಅಂತಹ ಎರಡು ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ತುಂಬಾ ವಿಪುಲವಾಗಿದ್ದಿತು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದಾಗಿ ೧೯೫೦ ರ ವರೆಗೆ ಆತನ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸಿ ಚೆನ್ನಾಗಿದ್ದಿತು. ಆ ವರುಷ ರೋಗವು ಮರುಕಳಿಸಿ ರಕ್ತೋದ್ರೇಕವಾಯಿತು. ಅದನ್ನು ರಸಾಯನರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ತಡೆಗಟ್ಟಲಾಯಿತು. ಅದರಿಂದಾಗಿ ರಕ್ತಕರಣೆಯನ್ನು ಶ್ವಾಸಕೋಶದೊಳಕ್ಕೆ ಎಳೆದು ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿ ಬರುವ ತೊಡಕು ತಪ್ಪಿತು.

ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ರಕ್ತಕೆಮ್ಮು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹಾನಿಕರ ಗುಣಲಕ್ಷಣವಲ್ಲವಾದರೂ, ಅದು ರೋಗದ ಚುರುಕುತನವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಉಸಿರ್ನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ರಕ್ತಕರಣೆ ಸೆಳೆದುಕೊಂಡ ಮೇಲೆ ಬರುವ ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿ ಅಥವಾ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿನ ರಕ್ತೋದ್ರೇಕ ದೈಹಿಕ ಉಷ್ಣತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. ಆಗ ತೀವ್ರವಿಲ್ಲದ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಮೂರು ನಾಲ್ಕು ದಿನಗಳು ಜ್ವರ ಬರಬಹುದು. ಅನಂತರ ಅದು ಇಳಿಮುಖವಾಗಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಮುಟ್ಟುವುದು.

ಈ ತೆರನಾದ ಸನ್ನಿವೇಶ, ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತ ಸಾಗುವ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ನಂತರ ಕವಲು ಉಸಿರ್ನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ಸೆಳೆಯಲ್ಪಟ್ಟು ಬರುವ ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿತದಲ್ಲಿ ಕಾಣುವ ಜ್ವರವು, ಒಳಗೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಇರಬಹುದು.

ಎರಡು–ಮೂರಾಂಶ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಕೆಮ್ಮು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದಿಂದ ಉತ್ಪನ್ನವಾಗುತ್ತದೆ.

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು

ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮೊದಲಬಾರಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ, ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತೆರನಾದ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ನಾಡಿ ಬಡಿತ ಅನೇಕರಲ್ಲಿ ತೀವ್ರವಾಗಬಹುದು (ಅಸ್ಥಿರ ನಾಡಿ).

ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಇದ್ದು ರಕ್ತದ ಮೂಲಕ ಹಬ್ಬಿದ ಕ್ಷಯ, ಒರಟಾಗಿ ಕಲ್ಲಿನಂತಾದ ಕ್ಷಯರೂಪ, ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆ, ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಕುಸಿದುಹೋದ ಪುಪ್ಪುಸದಿಂದಾಗಿ ವಿಕೃತಿ ಹೊಂದಿದ ಎದೆ, ಪುಪ್ಪುಸ, ಕವಲುಸಿರುನಾಳ ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕ ರಕ್ತನಾಳಗಳು– ಮುಖ್ಯ ವಾಗಿ ಸಣ್ಣ ಅಪಧಮನಿಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗಿಷ್ಠ ಪುಪ್ಪುಸ ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ಚಿತ್ರ ಬೇರೆ ತೆರನಾದುದು. ಇಂತಹ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯ ಕುಂಠಿತಗೊಂಡು ಅಸಮರ್ಪಕತೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಶ್ವಾಸ ಅಪಧಮನಿ ಯಲ್ಲಿನ ಒತ್ತಡ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದಾಗಿ ಬಲ ಹೃದಯದ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತಡ ಬೀಳುತ್ತದೆ. ಕೊನೆಗೆ ಉಸಿರಾಟ ಹೃದಯ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಅದು ಪರ್ಯವಸಾನ ಹೊಂದು ತ್ತದೆ. ಶ್ವಾಸಕೋಶ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನು ವಿವರಿಸುವಾಗ ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಹೃದಯವನ್ನು ಒಂದೇ ಘಟಕವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತೇವೆ. ನಾರಿನಿಂದ ಪೊಳ್ಳಾದ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಉಸಿರಾಟ ಕ್ರಮ ಹಾಗೂ ಆಮ್ಲಜನಕ ಒಳಸೇರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯ ವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಉಸಿರಾಟ ಮಂಡಲವು ಹಿಂದಕ್ಕೆಳೆಯಲ್ಪಟ್ಟಿರು ತ್ತದೆ; ಸಂಪರ್ಕ ಅಂಗಭಾಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಯೋಗ್ಯ ತೆರನಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಮೇಲಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ವಿನಾಶ ತೋರಿ ಟೊಳ್ಳು ಉದ್ಭವವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಉಸಿರಾಟ ಮಂಡಲದ ವೃಕ್ಷದಲ್ಲಿ ಜೊತೆಯಾಗಿ ತೋರಿಬರುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳ ಫಲವಾಗಿ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಚಲನೆಯನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ, ಕಿರಿ ಉಸಿರ್ನಾಳಗಳು ಸ್ಥಿರವಾಗುತ್ತವೆ, ಉಸಿರ್ನಾ ಳದ ಹೀಚುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯು ಆಮ್ಲಜನಕ ಪೂರೈಕೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಪುಪ್ಪುಸದ ಶ್ವಾಸಶಕ್ತಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ, ಅದರಲ್ಲಿನ ಉಳಿಕೆಯ ಗಾಳಿಯ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿನ ಪಾರದರ್ಶಕ ತೆರೆಯ ಮೂಲಕ ಸಾಗುವ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದಾದರೂ, ಇಂಗಾಲದ ಡೈಯಾಕ್ಸೈಡ್ ಹೊರಬರುವಿಕೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಅಡ್ಡಿಯಿರುವುದಿಲ್ಲ. ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವದಿಂದಾಗಿ ಪ್ರಾರಂಭದ ದೆಶೆಯಿಂದಲೂ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಪೂರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೂ, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಅಸಮರ್ಪಕತೆ ಮತ್ತು ಆಮ್ಲಜನಕದ ಕೊರತೆ ಇವೆರಡೂ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು ಒಂದೇ ಎಂದು ತಿಳಿಯಬಾರದು. ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಯಲ್ಲಿ, ಹೊರಕ್ಕೆ ತೋರಿ ಬರುವ ಉಸಿರಾಟ ಕ್ರಮದಿಂದಾಗಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಆಮ್ಲಜನಕವು ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಸಂಗ್ರಹಿತವಾದ ಇಂಗಾಲದ ಡೈಯಾಕ್ಸೈಡ್ ಹೊರಹಾಕಲ್ಪಡುವು ದಿಲ್ಲ. ಆಮ್ಲಜನಕದ ಕೊರತೆಯಲ್ಲಿ, ಜೀವಕಣಗಳಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ (ಆಮ್ಲಜನಕದ ಕೊರತೆ) ಯಾಗಿರುವುದು, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರೂ, ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳು ವಿಪುಲವಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ನಿರೋಗಿಯಾದ ಪುಪ್ಪುಸ ಭಾಗ

ಗಳು ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದರೆ, ಸಾಮಾನ್ಯ ಒತ್ತಡದ ಕೆಳಗೆ ಆಮ್ಲಜನಕವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ.

ಆಮ್ಲಜನಕದ ಕೊರತೆಯ ಸ್ಥಿತಿಗಳು ನಾಲ್ಕು ವಿಧಗಳಾಗಿವೆ. (೧) ರಕ್ತನಾಳದ ಅಥವಾ ಕೊರತೆಯ (೨) ರಕ್ತಹೀನತೆಯ (೩) ರಕ್ತ ಪರಿಚಲನೆಯ (ರಕ್ತಕಟ್ಟಿನ) ಮತ್ತು (೪) ಜೀವಕಣಗಳ ನಂಜಿನ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯ ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಬಳಸುವಾಗ ಹಾಗೂ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅನಂತರದ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಕಾಲದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ನಾಲ್ಕು ತೆರನಾದ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು.

ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಹೊರ ಉಸಿರಾಟ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ತೋರುವ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವಾಗ, ವೈದ್ಯನು ರಕ್ತನಾಳ ಹಾಗೂ ರಕ್ತ ಪರಿಚಲನೆಯ ವ್ಯತ್ಯಯದ ಫಲವಾಗಿ ಉಂಟಾದ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕು. ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಅಂಗರಚನೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ತೆರನಾಗಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ತೋರಿಬಂದಾಗ (ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಪುಪ್ಪುಸ, ಟೊಳ್ಳು ಅಥವಾ ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿಯ ಫಲವಾಗಿ, ಉಸಿರಾಟ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಭಾಗ ವಹಿಸುವ ಪುಪ್ಪುಸದ ಇಳುವರಿ) ಮತ್ತು ಉಸಿರಾಟದ ಏರಿಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಾದಾಗ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಲೋಮನಾಳಗಳಿಗೆ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಪೂರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಇಳುವರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಶ್ವಾಸ ಕೋಶ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ವ್ಯತ್ಯಯ ತೋರಿ ಬರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಫಲವಾಗಿ ಉಂಟಾದ ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆ ಮತ್ತು ಸತ್ವಹೀನತೆಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಗೋಚರವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದಾಗಿ ಜೀವಕಣಗಳಲ್ಲುಂಟಾದ ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವವು ಲಭ್ಯವಾದ ಆಮ್ಲಜನಕವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಲು ಅಸಮರ್ಥವಾಗುವುದು. ಆಮೂಲ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲಜನಕದ ತೀವ್ರ ಕೊರತೆಯು ಗೋಚರಿಸುವ ಸಂಭವ ಇದೆ.

ವಾನ್‌ಸ್ಲೈಕ್‌ರ ಪ್ರಕಾರ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಕೊರೆಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಈ ತೆರನಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು : (ಎ) ಮೊದಲು, ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ತುಂಬಿಕೆ ೮೯.೭೫% ಗಿಂತ ಕೆಳಗಿಳಿ ದಾಗ; (ಬಿ) ಎರಡನೆಯದು, ೮೭ ರಂದ ೭೪% ಮತ್ತು (ಸಿ) ಮೂರನೆಯದು, ೭೪% ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ.

ಆಮ್ಲಜನಕದ ಇಳುವರಿಯು ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ

ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅದು ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಾದಾಗ (ಉಸಿರಿನ ನಿಲುಗಡೆ) ನರಕಣಗಳು ಧ್ವಂಸಗೊಂಡು ತಮ್ಮ ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬಾರದಂತಾಗುತ್ತವೆ. ವಿ. ಎ. ನೆಗೊವ್ಸ್ಕಿಯ ಪ್ರಕಾರ, ಅಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಉಸಿರಾಟದ ನಿಲುಗಡೆಯಾದ ನಾಲ್ಕಾರು ನಿಮಿಷಗಳಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ.

ಹಿಂದೆ ವಿವರಿಸಿದಂತೆ, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವ ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲ ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯ ದೈಹಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ನರಜಾಲದ ಮೇಲೆ ನೇರವಾಗಿ ಬೀಳುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದಾಗಿ ಮುಖ್ಯ ದೈಹಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳಾದ ನಿದ್ದೆ ಮತ್ತು ವಿಶ್ರಾಂತಿಯ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗುವುದು. ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಿದ ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯದಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ತುಂಬಾ ನಿಧಾನ ಮತ್ತು ಅಸಂಪೂರ್ಣ. ಜ್ವರವಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗಲೂ ಅಂತಹ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಸದಾ ಸುಸ್ತಾಗಿರುವ ಲಕ್ಷಣಗಳು ತೋರಿಬರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಆದುದರಿಂದ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಆಹ್ಲಾದಕರ ಹವೆಯ ಸೇವನೆಯು ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದುದು.

ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ಕಾರ್ಯಾಂಗ ಪರೀಕ್ಷೆ

ರೋಗದಿಂದ ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಏರಿಕೆ, ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತೀವ್ರತೆರವಲ್ಲದ ರೋಗವನ್ನು ಪಡೆದಿರುವುದು ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರದ ಮುನ್ನಡೆ ಇವುಗಳಿಂದಾಗಿ, ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಂಗಗಳ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗೆ ಉಪಯೋಗವಾಗುವ ಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಬಹು ಮುಖ್ಯ.

ವೈದ್ಯನು, ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಶಕ್ತಿಯ ಹಾನಿ (ಅಡ್ಡಿ) ಅಥವಾ ಮರಳಿ ಮೊದಲಿನ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಹೋಗಲು ಬೇಕಾದ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕು. ಅಲ್ಲದೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂತಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯನು ಹೇಳುವ ಮೊದಲು ರೋಗಿಯ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಅರಿವನ್ನು ಪಡೆದಿರಬೇಕು.

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯಾಂಗ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ, ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಿರ್ಧರಿಸುವ ನಾಡಿ

ಮತ್ತು ಉಸಿರಾಟದ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನಲ್ಲದೆ ಮುಂದೆ ಕಾಣಿಸಿದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು.– ೧. ಹೊರ ಉಸಿರಾಟದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಯದ ನಿರ್ಧಾರ– ಅದನ್ನು (ಎ) ಉಸಿರ್ಮಾಪಕ (ಜೀವಾಳದ ಅಳವು, ಶಕ್ತಿಯಿದ್ದಷ್ಟು ಉಸಿರೆಳೆಕೆಯ ಪ್ರಮಾಣ, ಉಳಿಕೆಯ ಗಾಳಿ) (ಬಿ) ಉಚ್ಛ್ವಾಸ–ನಿಶ್ವಾಸದ ನಂತರದ ಉಸಿರಾಟ ನಿಲುಗಡೆಯ ನಿರ್ಧಾರ– ಮತ್ತು (ಸಿ) ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಮೂಲಕ ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಉಸಿರಾಟಮಾಪನ (ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೊದಲು ವಿಶಿಷ್ಟ ಅಗತ್ಯತೆ ತೋರಿದರೆ) ಗಳಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕು. ೨. ಅನಿಲ ವಿನಿಮಯದ ನಿರ್ಧಾರ : (ಎ) ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಮತ್ತು (ಬಿ) ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಮತ್ತು ಅನಂತರ ಹೆಚ್ಚುವರಿಗೊಳಿಸುವ ಶ್ರಮ (ನಿಮಿಷದಲ್ಲಿನ ಉಸಿರಾಟದ ಅಳವು), ಉಸಿರಾಟಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಹೀರಿಕೆ, ಆಮ್ಲಜನಕದ ಕೊರತೆ ಮೊದಲಾದವು. ೩. ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ಗತಿ ನಿರ್ಧಾರ (ನಾಡಿ, ಶುದ್ಧ ಮತ್ತು ಮಲಿನ ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿನ ಒತ್ತಡ, ರಕ್ತ ಚಲನೆಯ ವೇಗ). ೪. ವಿದ್ಯುತ್ ಹೃದಯ ಚಿತ್ರಣ.

ಮೇಲ್ಕಾಣಿಸಿದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ನಿರ್ಧಾರದಿಂದ ದೊರೆಯುವ ಅಂಕೆ ಸಂಖ್ಯೆಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ವಯಸ್ಸು ಮತ್ತು ತೂಕದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪ್ರಮಾಣದ ಶತಾಂಶ ಮೌಲ್ಯವೆಂದು ಹೇಳಲಾಗುವುದು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯಲ್ಲೂ ಕಂಡುಬರುವ ವೈಪರೀತ್ಯದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು. ಇದರ ಫಲವಾಗಿ ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ದೃಢನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬರಬಹುದಾಗಿದೆ. ಮೇಲಾಗಿ ಅದು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಬರಬಹುದಾದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು. ಅಲ್ಲದೆ ರೋಗಿಯು ಮರಳಿ ಮೊದಲಿನ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಉತ್ತರ ಕೊಡುವುದು. ಅದರಿಂದಾಗಿ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿನ ಪರಿಸರದ ಇಲ್ಲವೆ ಬೇಕಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೊಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರಗಿನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು

ಬೇರೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯದ ಬಗ್ಗೆ– ಆ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಭಾನುಸಾರವಾಗಿ ಬೇರೆ ಅಧ್ಯಾಯಗಳಲ್ಲಿ ನಿರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ– ವಿಚಾರಿಸುವ ಮೊದಲು, ವೈದ್ಯನು ಕ್ಷಯದ ನಂಜಿನಿಂದ ಉದ್ಭವವಾಗಬಹುದಾದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳನ್ನು ವಿವೇಚಿಸಬೇಕು. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಅದು ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲ ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯ ದೈಹಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳು (ನರದೌರ್ಬಲ್ಯ, ದೈಹಿಕ ಕ್ಲೇಶ), ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ಕಾರ್ಯವಿಫಲತೆ (ತೀವ್ರ ನಾಡಿ ಬಡಿತ, ರಕ್ತ ಒತ್ತಡದ ಇಳುವರಿ), ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳ ಚಲನೆ ಮತ್ತು ಸ್ರಾವದ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳು (ಜಠರಾಮ್ಲದ ಇಳುವರಿ,

ಮಲಬದ್ಧತೆ) ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ನರ-ಮಾನಸಿಕ ರಂಗದಲ್ಲಿ, ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಯು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಉದ್ವೇಗಗೊಳ್ಳುವುದು ಬಹು ಕಾಲದಿಂದ ತಿಳಿಯಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ಥಿರತೆ, ಆಗಾಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಲವಲವಿಕೆಯಿಂದಿರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಖಿನ್ನತೆ, ರೋಗಭ್ರಾಂತಿಯ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಬಹುದು.

ರೋಗದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೇ ಸುಸ್ತು ಗೋಚರಿಸಬಹುದು. ಅದು ನಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಮೇಲೆ ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಬಂದುದೆಂದು ತಿಳಿಯಬೇಕು. ಗುರಾಣಿ ಗ್ರಂಥಿ, ಸ್ರಾವ ಗ್ರಂಥಿ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಮೇಲಣ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಮೇಲಿನ ಪ್ರಭಾವ ಅದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ. ರೋಗದ ಚುರುಕುತನದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಒತ್ತಡದ ಇಳುವರಿ ಸಾಮಾನ್ಯಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಹಿಂತಿರುಗುತ್ತದೆ.

ಈಗ ಸೂಚಿಸಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಭಾನುಸಾರವಾಗಿ ಬೇರೆ ಅಧ್ಯಾಯಗಳಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ನಿರೂಪಿಸಲಾಗುವುದು.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೪

ರೋಗದ ಪತ್ತೆ ಮತ್ತು ನಿದಾನ ಕ್ರಮ

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಇತರ ಸ್ಥಳಗಳ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಉಗಮದಲ್ಲಿಯೇ ಅವುಗಳ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ರೋಗದ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಚೇತರಿಕೆಗೆ ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಕ್ರಮವಾಗಿದೆ. ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಇದನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಸಾಧಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ತೀವ್ರ ಪತ್ತೆ

ರೋಗಿಯನ್ನು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಪತ್ತೆ ಮಾಡಲು ಕೆಳಗಿನ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

೧. ರೋಗಿಯು ತನ್ನಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿಕೊಂಡಿಲ್ಲದಿರಬಹುದು.

೨. ಇನ್ಫ್ಲುಯೆಂಜಾ, ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳು, ಅಪಚನ, ನ್ಯುಮೋನಿಯಾದಂತಹ ರೋಗದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ನಿಜವಾದ ರೋಗವನ್ನು ಮರೆ ಮಾಡಿರಬಹುದು.

೩. ಕ್ಷಯವು ಸೋಂಕು ರೋಗವಾದುದರಿಂದ, ಆ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯ ಪ್ರಥಮ ಕುರುಹುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಮೀಪದಲ್ಲಿ ರೋಗಕ್ಕೆ ಮೂಲವಾಗಿ ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ವಿಸರ್ಜಿಸುವ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಬೇಕು.

೪. ವಯಸ್ಕರನೇಕರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಉಗಮವು ಎಳೆಯದಿದ್ದಾಗ ಬರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದಿಂದ ಬಂದಿರಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಸೋವಿಯತ್ ಒಕ್ಕೂಟದಲ್ಲಿ ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಬೇಗ ಪತ್ತೆ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ರೋಗ ನಿರೋಧದ ಪೂರ್ವಭಾವಿ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯದಿಂದಿರುವ ಎಲ್ಲ ಜನರ ಎದೆ ಪಟಲ

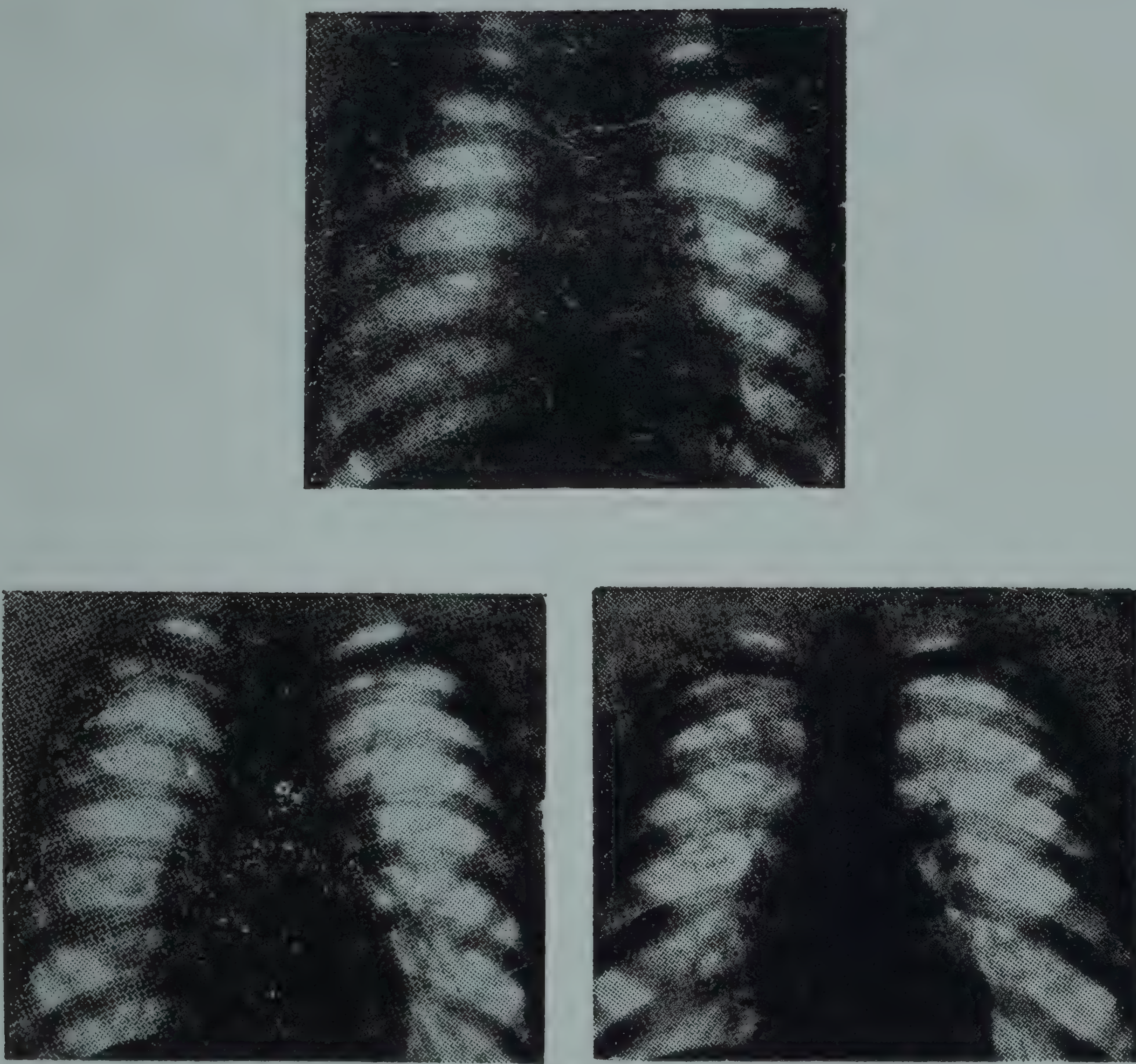
ಅಥವಾ ಎದೆ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ತೆಗೆಯುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಕ್ರಮವಾಗಿದೆ. ಹೊರ ರೋಗಿ ಪರೀಕ್ಷಾ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರುವ ಎಲ್ಲ ಹೊರ ಮತ್ತು ಒಳ ರೋಗಿಗಳ ಎದೆ ಚಿತ್ರವನ್ನು ತೆಗೆಯುವುದು ದೈನಂದಿನ ಕ್ರಮವಾಗಿದೆ. ಕಫವನ್ನು ಹೊರತರುವ ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳ ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆಮಾಡಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವುದು ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಕ್ಷಯರೋಗಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿದವರು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕ್ಷಯ ನಿರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡಬೇಕು.

ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ– ಅದರಲ್ಲೂ ಎಳೆಯರಲ್ಲಿ– ಎದೆ ಚಿತ್ರವಲ್ಲದೆ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚರ್ಮಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತಿಳಿಯಬಹುದಲ್ಲದೇ ಯಾವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನೂ ತೋರ್ಪಡಿಸದವರಲ್ಲಿ ಈ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಕ್ಷಯದ ಸೋಂಕಿನ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತಿಳಿಯಬಹುದು.

ವರ್ಣಪ್ರಭ ಚಿತ್ರಣವು ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಶ್ರಮದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಣ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ೫೦–೬೦ ರೋಗಿಗಳ ಎದೆಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣದ ಚಿಕ್ಕ ಅಥವಾ ದೊಡ್ಡ ಚಿತ್ರ ತೆಗೆದು ಅಭ್ಯಸಿಸಬಹುದು (ಚಿತ್ರ ೨೩ ಮತ್ತು ೨೪). ಆಗ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯ ಸಂಶಯ ಬಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಅಗತ್ಯ ಬಿದ್ದವರಲ್ಲಿ ಯೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಪುನರಪಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುವುದು.

ಆದುದರಿಂದ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಜನರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯವಂತರೆಂದು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿರುವವರಲ್ಲಿ ನೋಡಬೇಕು.

ರೋಗವನ್ನು ಪತ್ತೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಜನಸಮುದಾಯಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸುವುದು, ತುಂಬಾ ಅನುಕೂಲಕರ ವಿಧಾನ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ಶಾಲೆ ಮತ್ತು ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನಾದ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಕಾರ್ಯವಾಹಕರು, ಶಾಲೆಯ ಅಧ್ಯಾಪಕರು, ಆಹಾರ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುವ ಕೆಲಸಗಾರರು, ಸೇನೆಯಲ್ಲಿ ಸೇರಲು ನಿರ್ಧರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವವರು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿನ ಕೆಲಸಗಾರರಲ್ಲೂ ಬೇರೆ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಳ್ಳುವ ಗುಂಪಿನ ಯೋಗ್ಯ ಆಯ್ಕೆ– ಇದರ ಯಶಸ್ಸಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ರೋಗಕ್ಕೆ ಈಡಾಗುವ ವಯಸ್ಸಿನ ಎಳೆಯರು, ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಯುವಕರಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಆಯು



ಚಿತ್ರ ೨೩ : ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ದೊಡ್ಡ ಚಿತ್ರ



ಚಿತ್ರ ೨೪ : ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಸಣ್ಣ ಚಿತ್ರ

ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಿರುವ ಇಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಮಧ್ಯ ವಯಸ್ಕರು ಮತ್ತು ವೃದ್ಧರು ರೋಗಕ್ಕೆ ಈಡಾಗಬಹುದಾದುದರಿಂದ ಅವರ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮರೆಯುವಂತಿಲ್ಲ.

ಕಾಟೆಂಟಿಡ್ ಮಾಡಿದ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಸರ್ವೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ನೂರಕ್ಕೆ ೦.೨೨ ರಷ್ಟು ಜನ ಚುರುಕಾದ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು. ನೂರಕ್ಕೆ ೧೩.೮ ಜನ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಚುರುಕುತನ ತೋರಿಸದ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದುದು ಗೋಚರಿಸಿತು. ನೂರಕ್ಕೆ ೦.೫೯ ರಷ್ಟು ಜನ ಇವೆರಡೂ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಬೀಳದ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿದ್ದರು.

೧೫ ರಿಂದ ೧೭ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ೧೮ ವರುಷದ ನಂತರ ಬೆಳೆಯುವ ಕ್ಷಯವು ಪರಿಮಿತ, ಪಸರಿಸುವ ಮತ್ತು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಕ್ಷಯದ ರೂಪದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ರೋಗವನ್ನು ಅದರ ಪ್ರಥಮ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸುವ ವಿಧಾನ ಇಂದು ಸೋವಿಯತ್ ರಷ್ಯಾದಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಲಿತವಿದ್ದು, ಆ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಭಾಗ ವಹಿಸುವುದು ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯವಾಗಿದೆ. ವಿಶಿಷ್ಟ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯ ಗಳೊಡನೆ ಅವರು ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಸಹಕಾರದಿಂದಾಗಿ ರೋಗದ ತೀವ್ರ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚು ವಿಕೆಯ ಕಾರ್ಯ ಹೆಚ್ಚು ವಿಸ್ತೃತಗೊಂಡಿದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗವು ವಿವಿಧ ತೆರನಾದ ರೂಪ ಧರಿಸಿ ಪ್ರಕಟಗೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳ ವೈಪರೀತ್ಯ ವಿವಿಧ ತೆರ ನಾಗಿದ್ದು, ಕ್ಷಯರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಎಲ್ಲ ಅಸ್ಪಷ್ಟ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಗಮನ ದಲ್ಲಿರಿಸಬೇಕು. ಯಾವುದೇ ದೃಢ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಬರುವ ಮುನ್ನ ಅದರ ಇಲ್ಲದಿರು ವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕು.

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ನಿದಾನ
ವೀಕ್ಷಣೆ

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ನಿದಾನ ಕ್ರಮ, ಅದರ ಕಾರಣ ಮತ್ತು ಇರುವ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಪರಿಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ. ಅದರಿಂದ ಉದ್ಭವ ವಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಸೋವಿಯತ್ ರಾಷ್ಟ್ರದಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಇತರ ಕ್ಷಯರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಡಿರುವ ವಿಂಗಡಣೆಯ ಕ್ರಮ ವನ್ನು ನಿಷ್ಠೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಚಾರಪೂರಿತವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಇದು ಸಾಧ್ಯ. ವ್ರಣದಿಂದ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಚುರುಕುತನವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಮುಖ್ಯ.

ರೋಗದ ಇತಿಹಾಸವನ್ನು ದೊರಕಿಸಿ, ಮುಖ್ಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಬರೆದುಕೊಂಡು ವೈದ್ಯ ರೋಗಿಯ ವೀಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಾನೆ. ಹೊರನೋಟಕ್ಕೆ ತೋರಿಬರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದರೂ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಹೊರಗೆ ಯಾವ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತೋರಿಸದೆ ಇರಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ಮರೆಯುವಂತಿಲ್ಲ. ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ.

ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆ, ವಿಕೃತ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ನರದೌರ್ಬಲ್ಯದ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಚರ್ಮ ಮತ್ತು ಲೋಳ್ಪರೆ ಬಿಳಿಚಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಕ್ಷಯದ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಾದ ಕಣ್ಣಿನ ಪಾರದರ್ಶಕ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಗಂಟು, ಚರ್ಮದ ಕೆಂಪು ಗಂಟುಗಳು ಗೋಚರಿಸಿ ಕ್ಷಯದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಅದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯ (ಈ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣ, ಕ್ಷಯ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಗಂಟು, ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹರಡಿಕೆ) ಇರುವ ಸೂಚನೆಯಾಗಿದೆ. ಕುತ್ತಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ಟರ್ನೊಮಾಸ್ಟಾಯಿಡ್ ಸ್ನಾಯುಗುಂಟ ಮುಟ್ಟಿನೋಡಿದಾಗ ಅನೇಕ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ದೊಡ್ಡದಾಗಿರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಯಬಹುದು. ಅದನ್ನು ಎ. ಎ. ಕಿಸೆಲ್ ವರ್ಣಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುವ ವಯಸ್ಕನು ಬಿಳಿಚಿಕೊಂಡು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಸುಸ್ತನ್ನು ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುತ್ತಾನೆ. ಜ್ವರವಿದ್ದಾಗ, ಗುರಾಣಿ ಗ್ರಂಥಿಯ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಸ್ರಾವದಲ್ಲಿಯಂತೆ ಮುಖಛಾಯೆಯಲ್ಲಿ ಕೌತುಕವಿರುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮವು ತನ್ನ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಸಂಕುಚನದ ಪ್ರಭಾವವು ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆಯೊಡನೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ರೆಕ್ಕೆಯಂತೆ ಮೇಲಕ್ಕೆದ್ದ ಹೆಗಲೆಲುಬುಳ್ಳ ಎದೆಗೂಡು ಗೋಚರಿಸುವುದು ಇಂದು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಅದರ ಇರುವಿಕೆಯು ಕ್ಷಯ ಪ್ರಕೃತಿಯ ಸೂಚಕವಾಗಿದ್ದಿತು. ಹೃದಯ ಕೆಳಗಿಳಿದು, ೧೦ ನೆಯ ಪಕ್ಕೆಲುಬು ಅಸ್ಥಿರವಾಗಿರುವ ನೀಳ ಕಾಯದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪ್ರಕೃತಿಯು, ಒಮ್ಮೆ ಸ್ಟಿಲ್ಲರ್ ವರ್ಣಿಸಿದಂತೆ, ಕ್ಷಯದಿಂದ ಉಂಟಾದುದಲ್ಲ. ಅದು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪ್ರಕೃತಿ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ.

ರೋಗಿಯ ಗಮನಕ್ಕೂ ಬಾರದೆ, ಒಂದು ಕಡೆಯ ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ, ಉಸಿರಾಟ ಚಲನೆಯು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರಬಹುದು. ಇದು ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿನ ಉರಿತದ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯಿಂದ ಬರಬಹುದಾಗಿದೆ. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಎದೆಗೂಡಿನ ಒಂದು ಪಾರ್ಶ್ವವು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಮುಂದಕ್ಕೆ ಉಬ್ಬಿರುತ್ತದೆ. ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪವೇ ಚಲನೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಸ್ಥಿರವಾದ ಎದೆಗೂಡು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಅದರ ಆಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟೂ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕಿರಿಯ ರಕ್ತಪರಿಚಲನಾ ಚಕ್ರದಲ್ಲಿ ತಡೆಯುಂಟಾದಾಗ ಇಲ್ಲವೆ ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯು ಎಡಕ್ಕೆ ಸ್ಥಳಾಂತರಗೊಂಡಾಗ, ಎದೆಗೂಡಿನ ಚರ್ಮದ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಉಬ್ಬಿ ನಿಲ್ಲುತ್ತವೆ. ಎದೆಗೂಡನ್ನು ಮುಟ್ಟಿ ನೋಡಿದಾಗ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ನಿರೋಧವು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಎದೆಗೂಡಿನ ಪುಪ್ಪೊರೆಯು ವ್ರಣಗೊಂಡಾಗ ನೋವು ಕಂಡುಬರಬಹುದು. ಚರ್ಮದ ಸಂವೇದನೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವಾಗ, ಅನೇಕ ಬಾರಿ ನೋವು ಗೋಚರಿಸಬಹುದು. ವೀಕ್ಷಣೆಯ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಎದೆಗೂಡಿನ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಅಳೆಯುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿಸಬಹುದು. ವಾರಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ತೂಕವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಗತ್ಯ.

ತಟ್ಟುವುದು ಮತ್ತು ಆಲಿಸುವುದು

ಎದೆಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳು ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದ ಮೇಲೂ, ಬೆರಳಿನಿಂದ ತಟ್ಟಿ ನೋಡುವ ಮತ್ತು ಆಲಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳು ತಮ್ಮ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಂಡಿವೆ. ಎದೆಗೂಡಿನ ಅಂಗಗಳು ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಸಮರ್ಪಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಸರಿಯಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಎದೆಗೂಡಿನ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಎದೆಯನ್ನು ತಟ್ಟಿ ನೋಡಿ ಮತ್ತು ಆಲಿಸಿ ಗುರುತಿಸುವ ಕೆಲವು ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ ತಪ್ಪುಗಳನ್ನು ದೂರ ಮಾಡಿದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಬಲ ಶೃಂಗಭಾಗವನ್ನು ಬೆರಳಿನಿಂದ ತಟ್ಟಿದಾಗ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ಮಂದ ಶಬ್ದವು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಬಲ ಭುಜದ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಬೆಳೆದಿರುವುದರ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅದೇ ಸನ್ನಿವೇಶವು ಬಲ ಶೃಂಗದಲ್ಲಿ ಕೇಳಿ ಬಂದ ಬಿರುಸಾದ ಉಸಿರಾಟಕ್ಕೂ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು ಶೃಂಗದ ಕೆಳಗೆ ಇರುವ ಉಸಿರುನಾಳದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ.

ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯಂತಹ ಪ್ರತಿನಾದಿತ ಶಬ್ದವು ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಅಂತಹದೇ ಶಬ್ದವು ಎದೆಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮೃದುವಾದ ಪೊರೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ದೊಡ್ಡ ಪೊಳ್ಳಿನಲ್ಲೂ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳನ್ನು ಎದೆ ಪಟಲದಿಂದ ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಬಹುದು. ಆ ವಿಧಾನವು ಆಲಿಸುವ ಮತ್ತು ಬಡಿದು ನೋಡುವ ವಿಧಾನಗಳಿಗಿಂತ ಉತ್ತಮವಾದುದು. ಮೇಲಾಗಿ ಎಂಟ್ರಿಚ್ ತೋರಿಸಿದಂತೆ ಅನುಮಾನಾಸ್ಪದ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಬಾಯಿ ತೆಗೆದು ಇಲ್ಲವೆ ಮುಚ್ಚಿದಾಗ, ಬಡಿದು ನೋಡಿದಾಗ ಇಲ್ಲವೆ ಗೆರ್‌ಹಾರ್ಡ್‌ನಂತೆ ದೇಹವನ್ನು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ತೆರನಾಗಿ ಇರಿಸಿ ಬಡಿದಾಗ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಶಬ್ದಗಳು ಇಂದು ಅಪರೂಪವಾಗಿವೆ.

ಪುಪ್ಫುಸ ಗಟ್ಟಿಯಾದುದನ್ನು, ತಟ್ಟಿ ನೋಡಿದಾಗ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಮಂದ ಶಬ್ದದಿಂದ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಅದು ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಛಾಯೆಯೊಂದನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಪುಪ್ಫುಸದುರಿತ, ಹರಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಎದೆ ಚಿತ್ರ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಪೂರಕವಾಗಿ ಬಳಸಬೇಕು.

ಪುಪ್ಫುಸದ ತಿರುಳಿನಲ್ಲಿ ಗಾಳಿ ಪ್ರವಹಿಸುವಾಗ ಉಂಟಾಗುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಎದೆಗೂಡಿನ ಸಮಾನಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದ ಮೇಲೆ ತಟ್ಟಿ ನೋಡಿದಾಗ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಆಗ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಮಂದ ಶಬ್ದದ ಎಲ್ಲೆ ಕಟ್ಟನ್ನು ತಟ್ಟುವುದರಿಂದ ತಿಳಿಯಬಹುದು.

ಶೃಂಗವನ್ನು ಕೊರಳ ಮೂಳೆಯ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ತಟ್ಟಿ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಗಾಳಿ ಒಳಸೇರುವ ಪ್ರಮಾಣ, ಬಲ ಮತ್ತು ಎಡ ಶೃಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಬಡಿದಾಗ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಮಂದ ಶಬ್ದಗಳು ಉಚ್ಛ್ವಾಸ–ನಿಶ್ವಾಸ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಫುಟವಾಗಿ ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ.

ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಗಾತ್ರ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ಗಾತ್ರದ ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ. ಉಸಿರ್ನಾಳ ಪುಪ್ಫುಸದುರಿತದಲ್ಲೂ ಅವು ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ. ಅದು ರೋಗದ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು ಚಟಪಟಗುಟ್ಟುವ ಶಬ್ದಕ್ಕೆ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅವು ಪುಪ್ಫುಸದ ತಿರುಳು ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತವೆ. ಎಫ್. ಜಿ. ಯಾಗೊವಿಸ್ಕಿಯ ದೃಢ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಂತೆ, ಮಾರ್ದನಿಯ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಪೊಳ್ಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ.

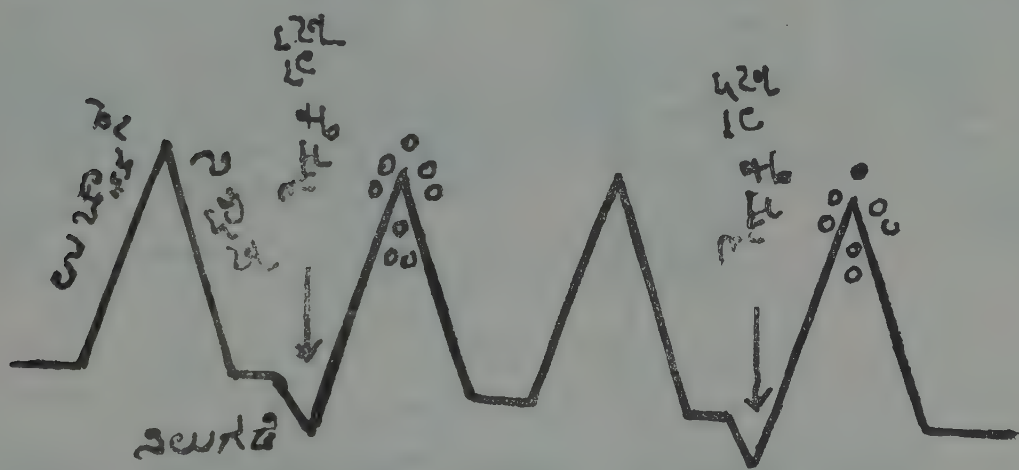
ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಉರಿತದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಗೂರಲುಬ್ಬಸದಲ್ಲಿ ಒಣ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಪುಪ್ಫುಸದ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ. ಪುಪ್ಫುಸ ತಿರುಳಿನಲ್ಲಿನ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಂದೆರಡು ಗೊಂಚಲಿನಲ್ಲಿನ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಉರಿತದಲ್ಲಿ ಅವು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ.

ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣದತ್ತ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ಕೊಡಬೇಕು. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ತಿಕ್ಕುವಿಕೆಯ ಶಬ್ದವು ಎದೆದರ್ಶಕವನ್ನು ಎದೆಗೂಡಿನ ದುೀಲೆ ಒತ್ತಿದಾಗ ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಫುಟವಾಗಿ ಕೇಳಿಬರುತ್ತದೆ. ಸ್ರಾವದ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೆ ಭಿನ್ನವಾಗಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ತಿಕ್ಕುವಿಕೆಯ ಶಬ್ದವು ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದದಂತೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ತೋರಿಬಂದರೂ, ಅದು ಉಚ್ಛ್ವಾಸ ಮತ್ತು ನಿಶ್ವಾಸದಲ್ಲಿ ಕೇಳಿಬರುತ್ತದೆ.

ಉಸಿರಾಟವನ್ನು ಕ್ರಮವಾಗಿ ಆಲಿಸಬೇಕು. ಅದರ ತಾಳಬದ್ಧತೆ, ಗತಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿ ಅನಂತರ ಸ್ರಾವಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ನೋಡಬೇಕು.

ಸಾಮಾನ್ಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ದೀರ್ಘವಾಗಿ ಉಸಿರಾಡಿದಾಗ, ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದ ಎಲ್ಲ ಬಾರಿಯೂ ಗೊತ್ತಾಗಲಿಕ್ಕಿಲ್ಲ. ಅವುಗಳು ಸ್ವಲ್ಪ ಕೆಮ್ಮಿದ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಫುಟವಾಗಿ ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ. ಆನಂತರ ರೋಗಿಗೆ ದೀರ್ಘ ಶ್ವಾಸವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಹೇಳಿದಾಗ ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಹರಡಿಕೆ, ಉಸಿರ್ನಾಳ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ ಇಲ್ಲವೆ ಪೊಳ್ಳಿನ ಬದಲಾವಣೆಯು ಕುರುಹಾಗಿ ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ (ಚಿತ್ರ ೨೫). ಕ್ಷಯವನ್ನು ದೃಢವಾಗಿ ಹೇಳಬಲ್ಲ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಯಾವುವೂ ಇಲ್ಲ.

ಶೀತ ಸ್ರಾವದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಅಥವಾ ಒಣ ಇಲ್ಲವೆ ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ರೋಗದ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ. ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಉಂಟಾಗುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ದೂರವಾಗುವಿಕೆಯು ಪುನರಪಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಗೋಚರಿಸಿದರೆ,

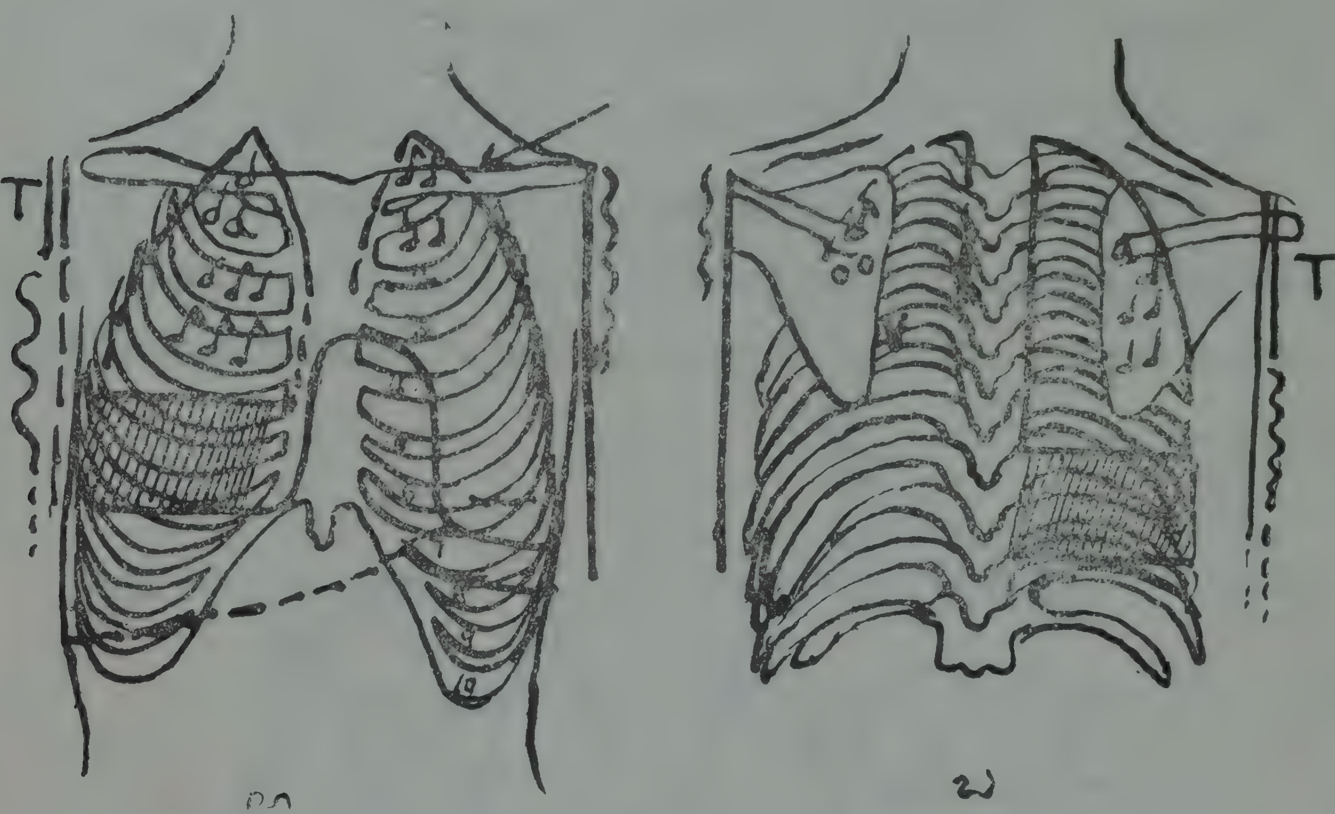


ಚಿತ್ರ ೨೫ : ಸ್ವಲ್ಪ ಕೆಮ್ಮಿದ ನಂತರ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಆಲಿಸಿದಾಗ ಕೇಳಿಬರುವ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳ ಚಿತ್ರ

ಅದು ರೋಗದ ಪ್ರಭಾವಹೀನತೆ ಮತ್ತು ನಿಶ್ಚಲವಾದುದರ ಅನುಕೂಲಕರ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಯಾವದೇ ರೀತಿಯ ಸ್ರಾವ ದೃಢವಾಗಿ ಉಂಟಾಗದಿದ್ದರೆ ರೋಗದಿಂದ ಗುಣ ಹೊಂದಿದುದರ ಸೂಚನೆಯಾಗಿದೆ.

ಮತ್ತೊಂದು ಮುಖ್ಯವಾದ ಅಂಶವನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕೆಲವೊಂದು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯರೋಗದ ವ್ರಣ ಮತ್ತು ಪೊಳ್ಳುಗಳನ್ನೂ ಸಹ ಎದೆದರ್ಶಕದಿಂದ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಪೊಳ್ಳುಗಳನ್ನು ನಿಶಬ್ದವೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪೊಳ್ಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ೩೫೪ ರೋಗಿಗಳ ಪೈಕಿ ನಾವು ೧೮ ರಲ್ಲಿ ಅದರ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟೆವು. ಇಂದು ನಿಶಬ್ದ ಪೊಳ್ಳುಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಸ್ರಾವ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿದೆ; ಆ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಬೇಗ ಮಾಯಿಸುತ್ತದೆ. ಮೇಲಾಗಿ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಗುಳ್ಳೆಯಂತೆ ಉಬ್ಬಿ ಅದರ ಪದರುಗಳು ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಮುಂದಿನ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಅನು

ಕೂಲಕರವೆಂದು, ಎದೆದರ್ಶಕದಿಂದ ಮತ್ತು ಬೆರಳಿನಿಂದ ಬಡಿದಾಗ ಕಂಡುಬರುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗುರುತಿನಿಂದ ಎದೆಗೂಡು ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸದ ರೇಖಾಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ತೋರಿಸ ಲಾಗಿದೆ (ಚಿತ್ರ ೨೬).



ಚಿತ್ರ ೨೬ : ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದ ಮೇಲೆ ಗೋಚರಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸಲು ಚಿಹ್ನೆಗಳು (ಉಲ್ರಿಸಿಯಂತೆ). (ಅ) ಮುಂದುಗಡೆ; (ಬ) ಹಿಂದುಗಡೆ

ಎದೆಯ ಆಲಿಕೆಯನ್ನು ಮರದ ಎದೆದರ್ಶಕದಿಂದ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಬಹುದು. ಆದರೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ, ಎರಡೂ ಕಿವಿಗಿಡುವ ಎದೆದರ್ಶಕದ ಬಳಕೆಯು ಅನುಕೂಲ ಕರವಾಗಿದೆ.

ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಎದೆಚಿತ್ರ

ಎದೆಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಬೇಕಿಲ್ಲ. ಆ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಎದೆ ಪಟಲ, ಎದೆ ಚಿತ್ರ ಮತ್ತು ಹಂತ ಚಿತ್ರ (ಪದರು ಚಿತ್ರಣ) ಗಳು ಸೇರಿಕೊಂಡಿವೆ. ಇವುಗಳನ್ನು ಅಗತ್ಯವೆನಿಸಿದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಉಪ ಯೋಗಿಸಿದರೆ ವೈದ್ಯನಿಗೆ ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಅಮೂಲ್ಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ನಿದಾನ ಕ್ರಮದ ಕೊನೆಯ ಮಾತು ರೋಗಿಯ ಎಲ್ಲ ತೆರನಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ.

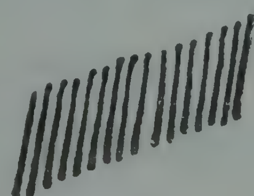
ಎದೆಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣದಿಂದ ಲಭಿಸಿದ ವಿವರಗಳ ಮೇಲೆ ರೋಗದ ಕಾರಣ ಮತ್ತು ಅದರ ನಿರ್ದಿಷ್ಟತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನಿರ್ಣಯವನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ

ವಿದಾನವನ್ನು ವ್ರಣದ ಇರುವಿಕೆಯ ಸ್ಥಳ, ಅದರ ಗಾತ್ರ ಮತ್ತು ಅದರ ವಿಶಿಷ್ಟ ಲಕ್ಷಣ ಗಳನ್ನು (ಪುಪ್ಪುಸ ದಪ್ಪವಾಗಿರುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಮೃದುವಾಗಿರುವಿಕೆ) ಖಚಿತಪಡಿಸಿ ಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ಹಂತ ಚಿತ್ರಣಕ್ಕೆ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ದೈಹಿಕ ಬದಲಾವಣೆಯ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಬರೆಯುವ ಗುರುತುಗಳು (ಐ. ಉಲ್ರಿಸಿ ಪ್ರಕಾರ)

೧. ಬೆರಳಿನಿಂದ ತಟ್ಟುವುದು

ನಾದವಿಲ್ಲದ : ಪುಪ್ಪುಸದ ಸ್ವಲ್ಪ ಭಾಗವನ್ನು ನೇರ ಗೆರೆಯಿಂದ ವಿಭಾಗಿಸುವುದು.
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಂದ : ಗೆರೆಗಳು.
ಪ್ರತಿನಾದಿತ : ಆ ಪ್ರದೇಶದ ಬಳಿಯಲ್ಲಿ 'ಪ್ರ' ಅಕ್ಷರ.
ಪುಪ್ಪುಸ ಕೊನೆಗಳ ಕಡಿಮೆ ಚಲನೆ : + + + +

ಒಸರಿಕೆ : ಉದ್ದನೆಯ ಅಡ್ಡ ಗೆರೆಗಳು 

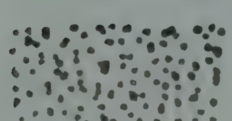
೨. ಶ್ವಾಸ ಶಬ್ದಗಳ ಬದಲಾವಣೆಗಳು

ಎದೆಗೂಡಿನ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಷ್ಟು ಉದ್ದ ಗೆರೆಗಳಿಂದ ದಾಖಲಾತಿ:

- ಹೆಚ್ಚು : ಒಡೆಯದ ನೇರ ಗೆರೆಗಳು
- ಕಡಿಮೆ : ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ಗೆರೆಗಳು
- ಇಲ್ಲ (ಉಸಿರಾಟ ಕೇಳಿಬರದ) : ಎರಡು ಗೆರೆಗಳು
- ಗುಳ್ಳೆಯ ಉಸಿರು ಶಬ್ದ : ದಪ್ಪ ಸೊಟ್ಟಬಟ್ಟ ಗೆರೆ
- ಉಸಿರುಗುಳ್ಳೆಯ ಶಬ್ದ : ತೆಳ್ಳನೆಯ ಸೊಟ್ಟಬಟ್ಟ ಗೆರೆ
- ಉಸಿರು ಶಬ್ದ : ಎರಡು ಒಡೆಯದ ಗೆರೆಗಳು
- ಬಿರುಸು ಶಬ್ದ : ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಬರೆಯಬೇಕು
- ಪೊಳ್ಳಿನ : ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸುವಿಕೆ.

೩. ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು (ಒಣ) : ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಗುರುತುಗಳು
ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ತೀಡುವಿಕೆ : ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವೆನಿಸಿದ ಕಡೆ

೪. ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು

ಚಟಪಟಗುಟ್ಟುವ  ಅವುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಗುರುತುಗಳು

ತೇವದ (ದೊಡ್ಡ, ಮಧ್ಯಮ, ಸಣ್ಣ ಗಾತ್ರದ)  ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ತೇವ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳನ್ನು ಸಂಗೀತದ ಗುರುತಿನಿಂದ ತೋರಿಸುವುದು

೫. ವಿಶೇಷ ಸಂಗತಿಗಳನ್ನು ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಬರೆಯುವುದು.

ಈ ಗುರುತುಗಳು ಸುಲಭವಾಗಿದ್ದು ಅನುಕೂಲಕರವಾಗಿವೆ. ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಸಂಗತಿಗಳ ಸ್ಪಷ್ಟ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಅವು ಕೊಡುತ್ತವೆ. ಎದೆ ಚಿತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಸಮರ್ಪಕ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕ ಬರಲು ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯ ಒಳ್ಳೆಯ ಉಪಕರಣ ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ತುಲನಾತ್ಮಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಅದು ಬಹು ಮುಖ್ಯ. ಮೊದಲ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ದೊರೆತ ವಿಷಯವನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರಗಳೊಡನೆ ರೋಗದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಹೋಲಿಸಿ ನೋಡಬಹುದು.

ಎದೆ ಚಿತ್ರಪಟಲದ ವಿಶೇಷ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸುವ ಮೊದಲು, ಸಾಮಾನ್ಯ ಎದೆ ಚಿತ್ರವನ್ನು ತೆಗೆಯಬೇಕು. ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವು ಕಣ್ಣಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿದೆ. ಎದೆ ಚಿತ್ರದಿಂದ ಒಂದೆರಡು ಮಿ. ಮೀ. ವ್ಯಾಸದ ಛಾಯೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಎದೆ ಪಟಲವು ಅಲ್ಲಿ ಅಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತದೆ.

ಎದೆ ಪಟಲದ ಮೂಲಕ ಪುಪ್ಪುಸದ ವೀಕ್ಷಣೆ

ಎದೆ ಪಟಲ ಮತ್ತು ಎದೆ ಚಿತ್ರಣದಲ್ಲಿ ಕಾಣುವ ಛಾಯೆಗಳ ಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ಹೋಲಿಸುವಲ್ಲಿ ಡಿ' ಆಬ್ರೂರ ಸೂತ್ರವನ್ನು ಬಳಸಬೇಕು. ಅದು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಛಾಯೆಗಳ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬಲ್ಲದು. ೧) ಪಕ್ಕೆಲಬುಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ದಪ್ಪವಾದ ಛಾಯೆ; ೨) ಪಕ್ಕೆಲಬುಗಳಂತೆ; ೩) ಕೊರಳ ಮೂಳೆಯಂತೆ; ೪) ಹೃದಯದ ಛಾಯೆಯಂತೆ; ೫) ಹೃದಯ–ಪಕ್ಕೆಲಬುಗಳಂತೆ; ೬) ಈಲಿಯ ಛಾಯೆಯಂತೆ.

ಗಾಳಿಯಿಂದ ಕೂಡಿದ ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ದಪ್ಪ ಅಥವಾ ಮೃದುವಾದ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಮಧ್ಯ ಇರುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸವು ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಎದೆ ಚಿತ್ರವನ್ನು ವಿವೇಚಿಸಲು ಮೂಲ ವಸ್ತುವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ.

ಎದೆ ಪಟಲದ ಮೂಲಕ ಎದೆಯ ಕಾರ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆ– ಎದೆಗೂಡು ಮತ್ತು ಅದರ ಅಂಗಗಳು ಚಲಿಸುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಸಂಕುಚನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಹೃದಯ, ಉಚ್ಛ್ವಾಸ ಮತ್ತು ನಿಶ್ವಾಸದಿಂದಾಗಿ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವ ಪುಪ್ಪುಸ, ಉಚ್ಛ್ವಾಸದಲ್ಲಿ ಇಳಿಯುವ, ನಿಶ್ವಾಸದಲ್ಲಿ ಏರುವ ವಪೆ, ಮತ್ತು ಉಸಿರಾಟದ ಗತಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ ಸ್ಥಳವನ್ನು ಬದಲಿಸುವ ಪಕ್ಕೆಲಬುಗಳನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಾಭಿ ಮತ್ತು ಅದರಿಂದ ಮರದಂತೆ ಹೊರಹೊಮ್ಮುವ ಕವಲುಗಳನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಆ ಹರಡಿಕೆಯು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ರಕ್ತನಾಳಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗಿದ್ದು, ಅದು ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿ ಗಾಳಿ ತುಂಬಿದ ಪುಪ್ಪುಸ ತಿರುಳಿನ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಕೋನಗಳಿಂದ ಎದೆಯನ್ನು, ಎದೆ ಪಟಲದಿಂದ ನೋಡಬಹುದಾಗಿದೆ (ವಿವಿಧ ಕೋನಗಳ ಎದೆ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಎ. ವೈ. ಪ್ರೋಜೋರೋವ್ ಪ್ರಕಾರ). ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎದೆ ಪಟಲವನ್ನು ಹಿಂದಿನಿಂದ ಮುಂದೆ ಇಲ್ಲವೆ ಮುಂದಿನಿಂದ ಹಿಂದೆ ಬೆಳಕು ತೋರಿ, ಪಕ್ಕದಿಂದ ಮತ್ತು ಸೊಟ್ಟಗೆ ಮಾಡಿ (ಬಲ ಅಥವಾ ಎಡ ಭುಜ ಮುಂದೆ ಮಾಡಿ) ನೋಡಬಹುದು.

ಸೊಟ್ಟಗೆ ಮಾಡಿ ಹಾಗೂ ಪಕ್ಕದಿಂದ ಎದೆ ಪಟಲದ ಮೂಲಕ ನೋಡಿದಾಗ ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯ ಮುಂದಿನ ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಅನೇಕ ಪ್ರಸಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಅದರ ಮೂಲಕ ಗುಂಪುಗೂಡಿದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು, ಏಡಿಗಂತಿಯಿಂದ ಹರಡಿಕೆ, ಹಾಲೆಯ ಮಧ್ಯದ ಒಸರಿಕೆ ಮೊದಲಾದವುಗಳನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಎದೆ ಪಟಲವು ವಪೆಯಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮತ್ತು ವಿಕೃತಿಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗವುಂಟಾದಾಗ ಉಸಿರಾಟ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಅದರ ಚಲನೆಯು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ಮತ್ತು ನರತಂತು ಕಾರ್ಯವಿಹೀನವಾದಾಗ ಅದರ ಚಲನೆಯು ಅದಲು ಬದಲಾಗುವುದನ್ನು (ಉಸಿರು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗ ಮೇಲಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಉಸಿರು ಬಿಟ್ಟಾಗ ಕೆಳಕ್ಕೆ) ನೋಡಬಹುದು.

ಎದೆ ಪಟಲವು ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯ ಸ್ಥಳಾಂತರವನ್ನು ಮತ್ತು ರೋಗದಿಂದ ಅದು ಸ್ಥಿರವಾಗಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ.

ಅತ್ಯಕಡೆಯೇ ತಿರುಗಿಸಿದ ಎದೆ ಪಟಲದಲ್ಲಿ. ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಉಪಕರಣಗಳಿಂದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪುಪ್ಪುಸ ಗೊಂಚಲುಗಳ ಸ್ಪಷ್ಟ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ಗಾಸುಲ್‌ನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಶೃಂಗವನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ನೋಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಪಟಲಕ್ಕೆ ಬೆನ್ನು ಮಾಡಿ ರೋಗಿಯು ಕೊಳವೆಯತ್ತ ಮುಖ ಕೊಟ್ಟು ನಿಲ್ಲುತ್ತಾನೆ. ಕತ್ತು ಮುಂದಕ್ಕೆ ಹಿಗ್ಗಿಸಿ, ಗದ್ದ ಮೇಲೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಈ ರೀತಿ ನಿಂತಾಗ, ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲ್ಭಾಗ ವಿಸ್ತಾರವಾಗುವುದಲ್ಲದೆ ಶೃಂಗ ಭಾಗಗಳು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಕೊರಳ ಮೂಳೆಯ ಕೆಳಭಾಗವನ್ನು ನೋಡಬೇಕಾದಾಗ, ಕೈಗಳನ್ನು ಮೇಲೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಅದರಿಂದ ಕೊರಳ ಮೂಳೆಗಳು ಮೇಲಕ್ಕೇರುತ್ತವೆ.

ಪುಪ್ಪುಸದ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ

ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಎದೆ ಪಟಲಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ. ಎದೆ ಚಿತ್ರ ತೆಗೆದು ಅದರ ಲಾಭವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು. ಎದೆಯ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಉಸಿರು ಹಿಡಿದುಕೊಂಡಾಗ, ಕೊಳವೆಯಿಂದ ೧.೨ ರಿಂದ ೨ ಮೀಟರ್ ದೂರದಲ್ಲಿ

ತೆಗೆಯಲಾಗುವುದು. ಆದರಿಂದ ತುಂಬಾ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ, ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಕಾಣಿಸದ ಚಿತ್ರಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತವೆ. ಆದರ ವೋಲ್ಟೇಜ್ ೯೦ ರಿಂದ ೧೦೦ ಕೆ. ವಿ. ಇರಬೇಕು. ಚಿತ್ರಣ ಸಮಯವು ಸೆಕೆಂಡಿನ ಹಲವಾರು ದಶಾಂಶದಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಿರಬೇಕು.

ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ದಲ್ಲಿ, ೨೦೦ ಯುನಿಟ್ ತೀಕ್ಷ್ಣತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಎರಡು ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುವುದು. ದೊಡ್ಡವರಿಗೆ ೩೦ × ೪೦ ಆಕೃತಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ೨೦ × ೩೦ ಆಕೃತಿಯ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುವುದು.

ಎದೆ ಪಟಲದಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಾಗ, ಎದೆಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳಿಂದ ತೆಗೆಯಲಾಗುವುದು. ಅವುಗಳನ್ನು ಹಿಂದಿನಿಂದ ಮುಂದಾಗಿ, ಇಲ್ಲವೆ ಮುಂದಿನಿಂದ ಹಿಂದಕ್ಕೆ, ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡನೆಯ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಸೊಟ್ಟಗೆ ನಿಲ್ಲಿಸಿ ಮತ್ತು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಪಕ್ಕದಿಂದ ತೆಗೆಯಲಾಗುವುದು. ರೋಗಿಯು ಮಲಗಿದ್ದಾಗ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಪಕ್ಕದಿಂದ ತೆಗೆದರೆ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳಾಂತರಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಒಸರಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು.

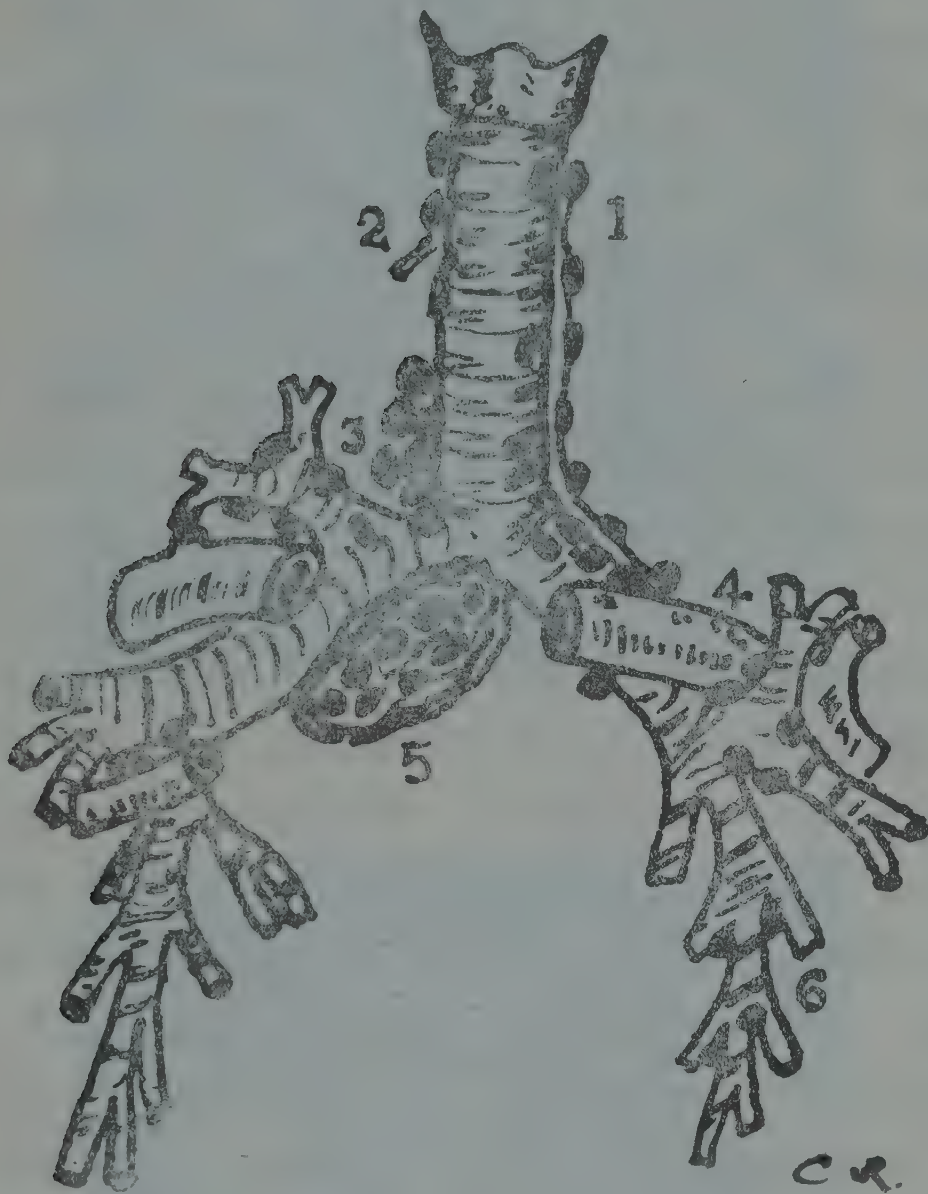
ನಿರೋಗಿ ಮತ್ತು ರೋಗಿಷ್ಠ ಎದೆ ಚಿತ್ರಗಳ ಅರ್ಥವಿವರಣೆ

ಎದೆ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಚಿತ್ರದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಇಲ್ಲವೆ ದಿನದ ಬೆಳಕಿನ ವಿರುದ್ಧ ಹಿಡಿದು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗುವುದು.

ಪರೀಕ್ಷಕನು ಮೊದಲು ಹೃದಯದ ಸ್ಥಳ, ಎದೆಗೂಡಿನ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ವಪೆಯ ಗುಮ್ಮಟಗಳ ಆಕೃತಿಯನ್ನು ನೋಡಿ ಅನಂತರ ಪುಪ್ಪುಸದ ಸ್ಥಳವನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ನೋಡುವನು. ಅದನ್ನು ನಾಭಿಯಿಂದ ಮೊದಲುಮಾಡಿ ಮೇಲಿನಿಂದ ಕೆಳಕ್ಕೆ ಪರಿಶೀಲಿಸುವನು. ಪುಪ್ಪುಸ ರಚನೆಯು ಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸುವಾಗ, ಅದರ ಸಾಂದ್ರತೆಯು ನಾಭಿಯಿಂದ ಸುತ್ತಲಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದೆಂಬುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಅದು ಕೊನೆಕೊನೆಯಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟೂ ಕಾಣದಿರಬಹುದು. ರೋಗಿಯ ದೈಹಿಕ ಲಕ್ಷಣವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ– ಬಲಿಷ್ಠ, ನೀಳಕಾಯದ, ಸ್ಥೂಲಕಾಯದ ಇಲ್ಲವೆ ಎರಡೂ ಇರುವ– ನಾಭಿಯ ಛಾಯೆಯು ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ.

ಸುಕೆನ್ನಿಕೋವ್‌ನ ಚಿತ್ರವು ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ರಚನೆಯನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೨೭). ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಿದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎದೆ ಪಟಲ ಮತ್ತು ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಆ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡಾಗ

ಅವುಗಳು ಒಟ್ಟಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಅವು ಸುಣ್ಣಗೊಂಡಾಗ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಫುಟವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಹಿಂದಿನಿಂದ ಮುಂದೆ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ, ನಾಭಿಯ



ಚಿತ್ರ ೨೭ : ಉಸಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಸ್ಥಳ ವರ್ಣನೆಯ ಚಿತ್ರ (ಸಂಕೆನಿಕಾವ್‌ರಂತೆ)

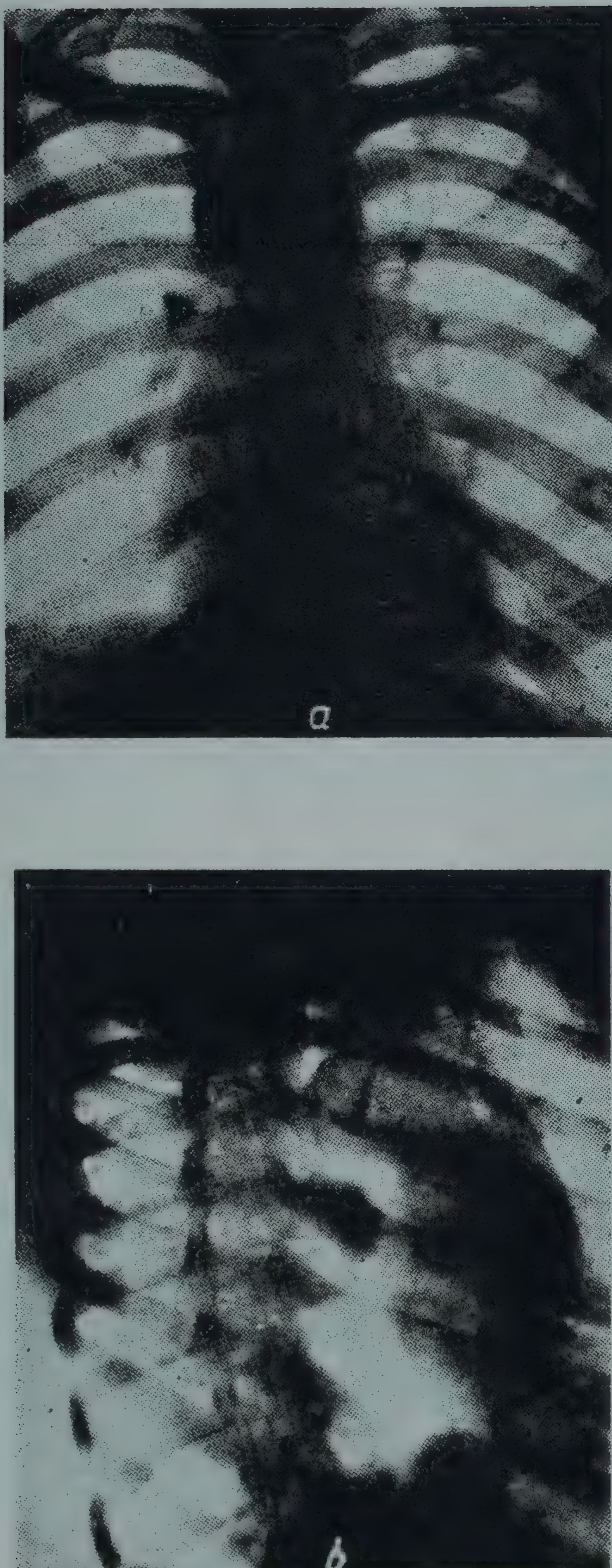
(೧) ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಎಡಗಡೆಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ; (೨) ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಬಲಗಡೆಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ; (೩) ಉಸಿರ್ನಾಳ, ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಬಲಗಡೆಯ ಮೇಲಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ; (೪) ಉಸಿರ್ನಾಳ, ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಎಡಗಡೆಯ ಮೇಲಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ; (೫) ಉಸಿರ್ನಾಳ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದಡಿಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ; (೬) ಶ್ವಾಸ ಕವಲುಸಿ ರ್ನಾಳ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ.

ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಸಮುದಾಯವು ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಚಿಕ್ಕ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ಮರೆಮಾಡುತ್ತವೆ. ಅವು ಸುಣ್ಣಗೊಂಡಾಗ ಅವನ್ನು ಮರೆಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಕೊನೆಯ ನಿರ್ಣಯವನ್ನು, ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಓರೆಯಾಗಿ ಮತ್ತು ಪಕ್ಕದಿಂದ ತೆಗೆದ ಮೇಲೆ ಹೇಳಬಹುದು. ಆ ರೀತಿಯ ಚಿತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹಿಂದಿನ ತಡಿಕೆಯನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ (ಚಿತ್ರ ೨೮, ಎ ಮತ್ತು ಬಿ).

ಪುಪ್ಪುಸದ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡು ವಿಧವಾದ ಮೂಲಭೂತ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದು : ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ, ಪುಪ್ಪುಸ ಕುಸಿತ (ಎ. ವೈ. ಫ್ರೋಜೋರೋವ್), ಉರಿತದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ನಾರಿನಂತೆ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿರುವಾಗ ಪುಪ್ಪುಸ ತಿರುಳಿನಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಟ್ಟಾಗಿರುತ್ತದೆ ಇಲ್ಲವೆ ಪುಪ್ಪುಸ ನಾಶ ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಇವೆರಡರಲ್ಲೂ ವರ್ಣಿತವಾದ ಪುಪ್ಪುಸ ರಚನೆಯು ತುಂಬ ಬದಲಾವಣೆ ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅದು ಚಿಕ್ಕ ಪ್ರಮಾಣದಂತೆ ಪರಿಮಿತಗೊಂಡಿರಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಇಡೀ ಹಾಲೆ ಅಥವಾ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಹರಡಿ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿರಬಹುದು.

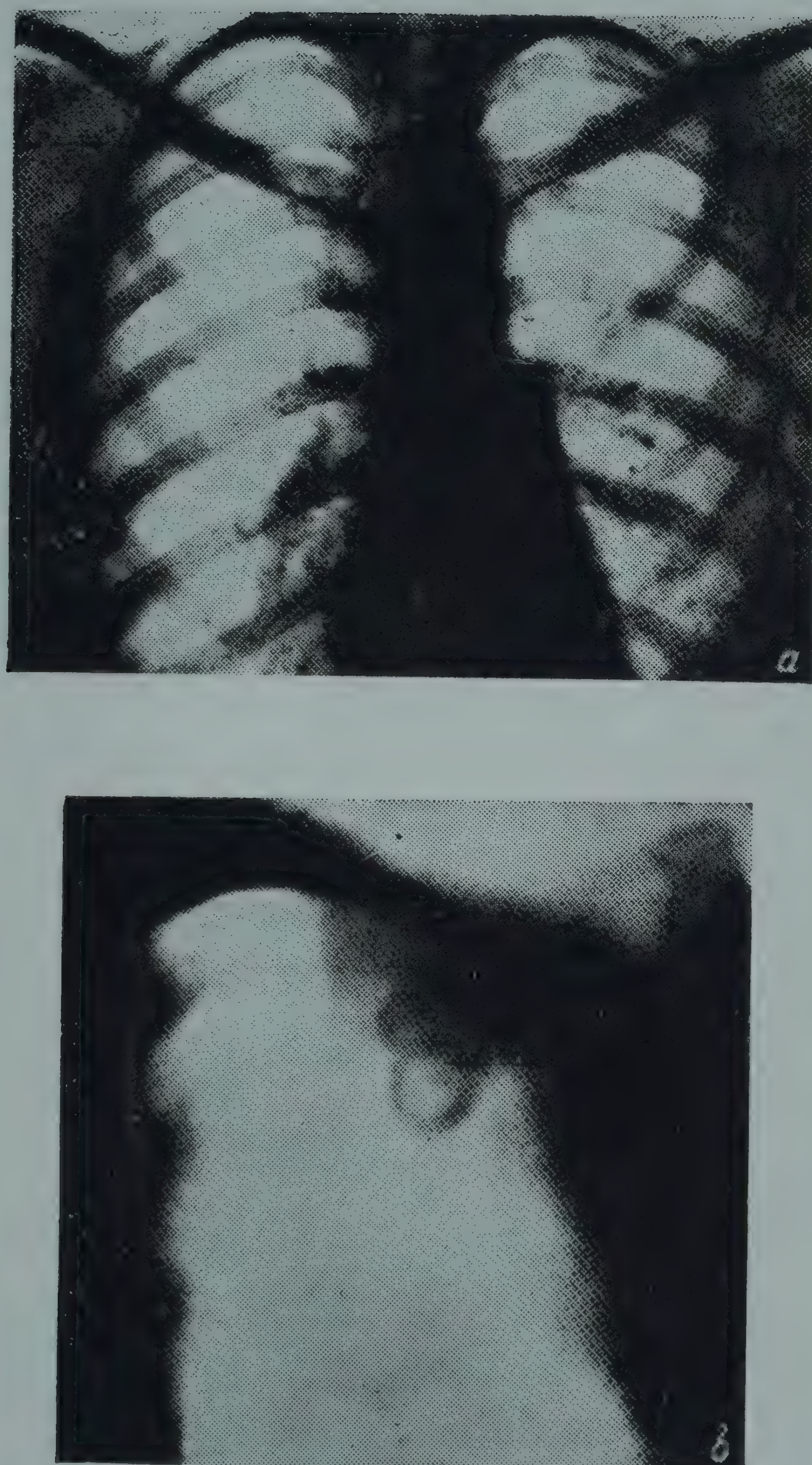
ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಪುಪ್ಪುಸ ಕೋಶವು ಬಿಳಿಯ ಛಾಯೆಯನ್ನು ಪರಿಮಿತ ಇಲ್ಲವೆ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಚಿಕ್ಕ ಛಾಯೆಗಳು ತುಂಬಾ ಪರಿಮಿತವಾಗಿರಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ವಿಸ್ತೃತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹರಡಿರಬಹುದು. ಅವು ಜೋಳದ ಕಾಳು, ಬಟಾಣಿಯ ಗಾತ್ರದಿಂದ ಹಿಡಿದು ತುಂಬಾ ದೊಡ್ಡದಾದ ಛಾಯೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಆ ಛಾಯೆಗಳ ತೀಕ್ಷ್ಣತೆಯು ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣದಂತೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಅಂಚು ಹೊಂದಿ ಎದ್ದು ಕಾಣಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಮೋಡದಂತೆ ಅಸ್ಪಷ್ಟ ಛಾಯೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿ ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಬಹುದು. ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ವ್ರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚು ದಟ್ಟವಾಗಿ ಛಾಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವುದಿಲ್ಲವಾದರೂ, ಹರಡಿಕೆಗಳಿಗಿಂತ ಅವುಗಳ ಛಾಯೆಗಳು ವಿಸ್ತಾರವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಕಿರಿಯ ರಕ್ತಪರಿಚಲನಾ ಚಕ್ರದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಟ್ಟಾದಾಗ, ದುಂಡನೆಯ ಅಸ್ಪಷ್ಟ ಛಾಯೆಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಬೇಮಾದರಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ನಾರೆಳೆಯ ಛಾಯೆಗಳು ನಾಭಿಯಿಂದ ಕೊರಳ ಪಟ್ಟಿಯ ಮೂಳೆಯ ಮಧ್ಯದ ಪ್ರದೇಶದ ವರೆಗೆ ಪುಪ್ಪುಸದ ಪರಿಮಿತ ಇಲ್ಲವೆ ವಿಸ್ತೃತ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಆಕ್ರಮಿಸಬಹುದು. ಕಿರಿಯ ರಕ್ತಪರಿಚಲನಾ ಚಕ್ರದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಟ್ಟಾದಾಗ, ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿದ ಪಟ್ಟೆ ಛಾಯೆಗಳು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಕಂಡುಬಂದು, ಅಲ್ಲಿ ಛಾಯೆಗಳು ತುಂಬಾ ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಮತ್ತು ಅಗಲವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಇನ್ನಿತರ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಪಟ್ಟೆಗಳು ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಸುತ್ತ ಮತ್ತು ಉಸಿರುನಾಳದ ಸುತ್ತ ಗೋಚರಿಸಿದ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳದ ಉಬ್ಬುವಿಕೆಯಿಂದಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೆ ಕೊನೆಗೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿದ ಛಾಯೆಗಳನ್ನು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಛಾಯೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮರೆಮಾಡಬಹುದು. ಆದರೂ ಪುಪ್ಪೊರೆಯುರಿತವು ಪಟ್ಟೆಯಂತಹ ಇಲ್ಲವೆ ದುಂಡನೆಯ ಛಾಯೆಗಳೊಂದಿಗೆ ತೋರಿಬಂದು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡಬಹುದು.



ಚಿತ್ರ ೨೮ : ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಯ ಕ್ಷಯ

(ಅ) ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳ ಮತ್ತು ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಬದಿಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ ಕ್ಷಯ (ಮುಂದಿನಿಂದ ಹಿಂದೆ ನೋಡಿದಾಗ; (ಬ) ಅದನ್ನೇ ಪಕ್ಕದಿಂದ ನೋಡಿದಾಗ– ಹೃದಯದ ಹಿಂದಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಉರುಟಾಗಿ. ಸುಣ್ಣಕಲ್ಲಿನಂತಾದ ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಟುಗಳ ಸಮೂಹ.



ಚಿತ್ರ ೨೯ : ಹಂತ ಚಿತ್ರಣದಲ್ಲಿ ಪೊಳ್ಳು ಕ್ಷಯ
(ಎ) ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಿದ ಪೊಳ್ಳು; (ಬಿ) ಅದೇ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ–
ಹಂತ ಚಿತ್ರಣ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಪೊಳ್ಳು

ಇವುಗಳಲ್ಲದೆ, ಪೊಳ್ಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿ ಕೋಶದ ನಾಳವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ರೋಗಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಬಹುದು. ಇಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ದುಂಡಾಗಿ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಪಾರದರ್ಶಕ ಪ್ರದೇಶವು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಇಲ್ಲವೆ ರೋಗಿಷ್ಠ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೆ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ತುಂಬಾ ನಾರೆಳೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವುದು. ಮೊದಲ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಪೊಳ್ಳಿನ್ನೂ ರೂಪುಗೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತ). ಅಲ್ಲಿ ಕೋಶದ ಕವಚವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಮೊದಲ ಎರಡು ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಪೊಳ್ಳು ರೂಪುಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದು, ಸುತ್ತಲಿನ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ದುಂಡನೆಯ ಕೋಶ ಕವಚ ಹೊಂದಿ ಬೇರ್ಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ (ಮುಂದುವರಿದ ಹಂತ). ಪುಪ್ಪುಸದ ತಿರುಳು ಗಟ್ಟಿಯಾದಾಗ ಪೊಳ್ಳಿನ ಕವಚವು ತುಂಬಾ ದಪ್ಪವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಪಾರದರ್ಶಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸದ ರಚನೆಯು ಅಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಇಲ್ಲವೆ ದೊಡ್ಡ ಪೊಳ್ಳಿನಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಎಷ್ಟೂ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ. ದ್ರವದ ಸಮತಲ ಮಟ್ಟವು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪೊಳ್ಳಿನ ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ದೊಡ್ಡದಾದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಕೂಡಾ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಕಾಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅವುಗಳು ಶೃಂಗದ ಟೊಪ್ಪಿಗೆ (ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಮೇಲು ಛಾಯೆ) ಯಿಂದ ಮುಚ್ಚಲ್ಪಟ್ಟಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ಬಳಕೆಯ ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಮತ್ತು ಹಂತ ಚಿತ್ರಣದಿಂದ ಗುರುತಿಸಬಹುದು (ಚಿತ್ರ ೨೯ ಎ ಮತ್ತು ಬಿ).

ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆಯಿಂದಾದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ನಾಭಿಯ ಸುತ್ತ ಅನೇಕ ಸಲ ಹರಡಿರುತ್ತವೆ. ಅವು ಕೆಲವು ಸಲ ಜೇನುಗೂಡಿನಂತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅವು ತುಂಬಾ ದೊಡ್ಡದಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆಯನ್ನು ರೂಢಿಯಲ್ಲಿನ ಎದೆ ಚಿತ್ರವು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲು ಅಸಮರ್ಥವಾಗಬಹುದು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ದ್ರವವನ್ನು (ಲಿಪ್‌ಅಯೋಡಾಲ್) ಉಸಿರುನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಿ, ಆ ಪೊಳ್ಳುಗಳನ್ನು ತುಂಬುವಂತೆ ಮಾಡಿ ಬದಲಾವಣೆಯ ವಿಸ್ತೃತ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು. ಕೆಲ ಬಾರಿ ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯಲ್ಲಿ, ಇಡೀ ಪುಪ್ಪುಸ ಇಲ್ಲವೆ ಕೆಲವೊಂದು ಗೊಂಚಲುಗಳ ಪ್ರದೇಶವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿರಬಹುದು. ಎದೆಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸದ ರಚನೆಯು ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶ ಇಲ್ಲವೆ ವಿಸ್ತೃತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕಾಣುವುದಿಲ್ಲ. ಕರಿಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಪಕ್ಕೆಲಬುಗಳು ಬೆಳ್ಳಗೆ ಕಾಣುತ್ತವೆ. ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ, ಪುಪ್ಪುಸದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಸ್ಥಳವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಅದನ್ನು ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಪಟಲದಿಂದ ಮತ್ತು ಉಚ್ಛ್ವಾಸ, ನಿಶ್ವಾಸ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಎದೆಚಿತ್ರದಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು. ಇದರಿಂದ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯ ಲಾಭವನ್ನು ತಿಳಿಯಬಹುದು. (ಉಸಿರು ಬಿಟ್ಟಾಗ

ಹೆಚ್ಚು ಕುಸಿಯುವಿಕೆ) ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿಯ ವರೆಗೆ ಅಗೋಚರವಾಗಿದ್ದ ಪದರು ಸೇರಿಕೆಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಬಹುದು.

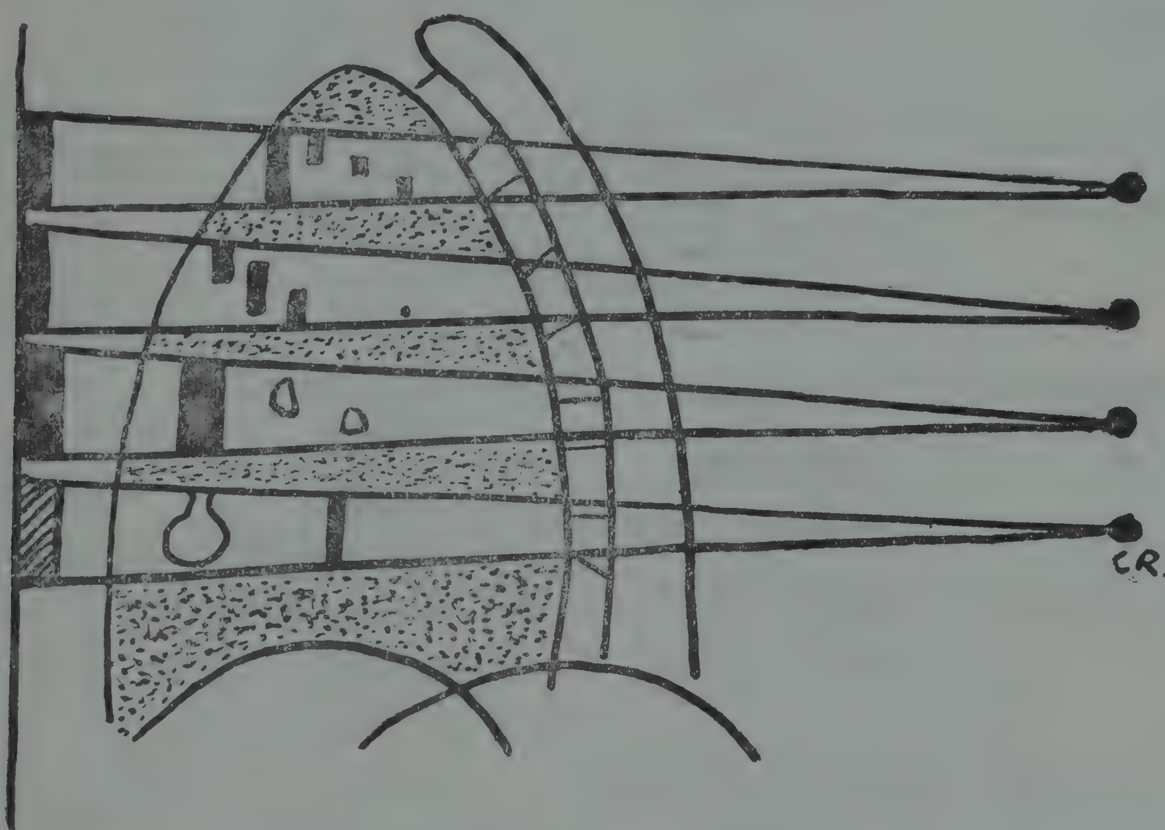
ಪುಪ್ಪುಸದ ರಚನೆಯು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೋಶದಲ್ಲಿನ ಒಸರಿಕೆಯನ್ನು ಮುಚ್ಚಬಹುದು. ಆ ಕೋಶವು ಒಸರಿಕೆಯಲ್ಲದೆ, ಗಾಳಿಯನ್ನೂ ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಒಸರಿಕೆಯು ಅಡ್ಡ ಗೆರೆ ಎಳೆದಂತೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು ಪಕ್ಕಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಿದಾಗ ತನ್ನ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಬದಲಿಸುತ್ತಹೋಗುವುದು. (ನೀರ್ಗಾಳಿಯ ಎದೆ, ಕೀವ್ಗಾಳಿಯ ಎದೆ ಇತರ) ಎರಡು ಹಾಲೆಗಳ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿನ ಪುಪ್ಪೊರೆಯೂತ ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಗೆರೆಗಳ ಚಿತ್ರಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಫುಟವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯ ಪಕ್ಕದ ಪುಪ್ಪೊರೆಯೂತ ಮತ್ತು ನಾಲಿಗೆ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಎದೆ ಚಿತ್ರ ಬಹು ಮುಖ್ಯ. ಪುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿನ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಗಾಳಿ ಸೇರಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಪಕ್ಕದಿಂದ ಚಿತ್ರ ತೆಗೆಯುವುದೂ ಅಗತ್ಯ. ಆಗ ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಭಾಗದ ಮೇಲೆ ನೇರವಾಗಿ ಮಲಗಿರುತ್ತಾನೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯು ಹತ್ತಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗೋಚರವಾಗುತ್ತದೆ. ರೂಢಿಯಲ್ಲಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತೆಗೆದರೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಒಸರಿಕೆಯು ಮುಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಪರಿಮಿತಿಗಳು ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿನ ತಪ್ಪುಗಳು

ಪೂರ್ವ ಕಲುಷಿತ ವಿಚಾರದಿಂದ ಎದೆ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಓದಿದರೆ ತಪ್ಪು ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಬರಲು ಸಾಧ್ಯವಿದೆ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ, ಅದನ್ನು ತೆಗೆಯುವ ವಿಧಾನದ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಅವಲಂಬನೆಯಿರುತ್ತದೆ. ತೆಗೆಯುವ ವಿಧಾನದ ದೊಡ್ಡ ತಪ್ಪುಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟರೆ, ಎದೆಗೂಡಿನ ಹೊರಗಿನ ಭಾಗಗಳು ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಬಿದ್ದು, ಪುಪ್ಪುಸದ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿರುವ ರೋಗಿಷ್ಠ ಪ್ರದೇಶಗಳೆಂದು ತಿಳಿಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಚಿತ್ರಗಳು ತುಂಬಾ ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲ ವಿವರಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಹಾಕಬಹುದು. ಎದೆಗೂಡನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ನಿಲ್ಲಿಸಿ ಚಿತ್ರ ತೆಗೆಯದಿದ್ದರೆ ಎದೆಯ ಚಿತ್ರವು ತುಂಬಾ ಮಸುಕಾಗುವುದು. ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಕ್ಷ-ಕಿರಣಕ್ಕೆ ಗುರಿ ಮಾಡಿದರೆ ಅಂತಹದೇ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗುವುದು. ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲ- ಅಂದರೆ ೦.೧ ರಿಂದ ೦.೨ ಸೆಕೆಂಡ್ ಕಾಲ ಗುರಿಯಾದರೆ, ಚಿತ್ರವು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಬರುವುದು.

ಸಾಂದ್ರತೆ, ರಸಾಯನ ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ವ್ರಣದ ಹಂಚಿಕೆ- ಇವುಗಳೆಲ್ಲ ಚಿತ್ರದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವುವು. ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣಗಳು ಸುತ್ತಲಿನ ತಿರುಳಿನಿಂದ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಬೇರ್ಪಡೆ ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ಬಿರುಸಾದ ಸಣ್ಣ ವ್ರಣ

ಗಳು ಅಂತಹದೇ ಚಿತ್ರವನ್ನು ನೀಡಬಹುದು. ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವು ವ್ರಣವನ್ನು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಆಳದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಅದೇ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿತವಾಗುತ್ತವೆಯೆಂಬುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಆದುದರಿಂದ



ಚಿತ್ರ ೩೦ : ಪಕ್ಕದಿಂದ ತೆಗೆದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಾಂದ್ರತೆ ಹೆಚ್ಚಿ, ಒಂದರ ಮೇಲೊಂದು ಒಗ್ಗೂಡಿಸಿದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು

ಛಾಯೆಗಳು ಒಂದರ ಮೇಲೊಂದು ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ತಪ್ಪುಗಳನ್ನು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರವು ತಿದ್ದಲು ಸಮರ್ಥವಾಗಿದ್ದು, ಚಿತ್ರ ೩೦ ಅದರ ಮಹತ್ವವನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಪುಪ್ಪುಸದಾಳದೊಳಗೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರ

ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ತೆಗೆಯುವ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ ವಿಧಾನದಿಂದ (ಪದರು ಚಿತ್ರಣ) ಮೊದಲೇ ನಿರ್ಧರಿಸಿದ ಆಳದಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯುವುದಾಗಿದೆ. ಆಳವನ್ನು ಬೆನ್ನುಮೂಳೆಯಿಂದ ಅಳೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ನೆಟ್ಟಗೆ ಇಲ್ಲವೆ ಅಡ್ಡವಾಗಿರಿಸಿದ ವಿಶೇಷ ಕ್ಯಾಮರಾಗಳಿಂದ ತೆಗೆಯಲಾಗುವುದು.

ಈ ಕ್ಯಾಮರಾದ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಆಂದೋಲಕವು ಕೇಂದ್ರ ಭಾಜಕದ ಸುತ್ತ ತಿರುಗುತ್ತದೆ. ಅದರ ಮೇಲೆ ಕ್ಯಾಮರಾದ ಕೊಳವೆಯನ್ನು ಸೇರಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಚಿತ್ರಕೋಶವನ್ನು ಕೆಳಗಡೆಯಿರಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆಂದೋಲಕವು ನೆಟ್ಟಗೆ ಚಲಿಸಿದಾಗ, ಕ್ಯಾಮರಾವು ವ್ರಣಗಳ ಇಲ್ಲವೆ ಪುಪ್ಪುಸದ ಆ ಪದರಿನಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿರುವ

ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದ

ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು	ಎದೆಗೂಡಿನ ವೀಕ್ಷಣೆ	ಬೆರಳಿನಿಂದ ತಟ್ಟುವಿಕೆ	ಆಲಿಕೆ (ಉಸಿರಾಟದ)
ನಿರೋಗಿ ಪುಪ್ಪುಸ (ಗಾಳಿಯಿಂದ ಕೂಡಿದ)	ಯಾವ ನ್ಯೂನತೆಯಿಲ್ಲ	ಪ್ರತಿನಾದಿತ	ಗುಳ್ಳೆಯ
ಹೆಚ್ಚು ಗಾಳಿಯಾಡಿಕೆ (ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆ)	ಹಿಗ್ಗಿದ ಎದೆಗೂಡು ಮತ್ತು ಕುಗ್ಗಿದ ಉಸಿರಾಟ ಚಲನೆ	ಟೊಳ್ಳು ಶಬ್ದ (ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರತಿನಾದಿತ)	ಕಡಿಮೆಯಾಗು
ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಮತ್ತು ಪರಿಮಿತವಾಗಿ ಒರಟಾಗಿರುವಿಕೆ	ಎದೆಗೂಡಿನ ಭಾಗವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ ಆ ಕಡೆ ಕುಗ್ಗಿದ ಚಲನೆ	ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಂದವಾಗುವಿಕೆ	ಅನಿಶ್ಚಿತ, ಕೆಲವು ಕಡೆ ಬಿರುಸಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಗುಳ್ಳೆಯ
ವಿಸ್ತೃತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಒರಟಾಗುವಿಕೆ (ಹರಡಿಕೆ, ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ)	ಉಸಿರಾಟ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಷ್ಠ ಭಾಗವು ತುಂಬಾ ಹಿಂದೆ ಬೀಳುವದು	ಮಂದ, ಕೆಲವುಬಾರಿ ಪ್ರತಿ ನಾದಿತ ಛಾಯೆಯ ಸೇರ್ಪಡೆ	ಉಸಿರುಗುಳ್ಳೆಯ ಇಲ್ಲವೆ ಉಸಿರಿನ
ಪೊಳ್ಳಿನಲ್ಲಿ ಮೃದುವಾದ ಪುಪ್ಪುಸದ ತಿರುಳು	ರೋಗಿಷ್ಠ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಚಲನೆಯಿಲ್ಲ	ಹೊಸದಾಗಿ, ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪೊಳ್ಳು ಉಂಟಾಗಿದ್ದರೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಬದಲಾವಣೆ, ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದರೆ ಮಂದ ಧ್ವನಿಯು ಪ್ರತಿನಾದಿತ ಛಾಯೆ ಹೊಂದಿದೆ	ಉಸಿರು, ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಟೊಳ್ಳಿನ
ಎದೆಗಾಳಿ	ಆಗಾಗ್ಗೆ ಎದೆಗೂಡು ಮುಂದೆ ಬಂದಿರು ವುದು, ಆ ಪ್ರದೇಶ ಉಸಿರಾಟದಲ್ಲಿ ಹಿಂದೆ	ಪ್ರತಿನಾದಿತ	ಕಡಿಮೆಯಾಗು
ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆ	ಉಸಿರಾಟಕಾಲದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಷ್ಠ ಭಾಗವು ಹಿಂದೆ ಬೀಳುವುದು	ಮಂದ, ಅದರ ಮೇಲಿನ ಭಾಗ ಪ್ರತಿನಾದಿತ	ಕಡಿಮೆಯಾಗು

ಅಂಶಗಳ ತುಲನಾತ್ಮಕ ಪಟ್ಟಿ

ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದ	ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷೆ	ಅಂತರಾಳ ಪರೀಕ್ಷೆ	ಉಸಿರಾಟ ಕ್ರಿಯೆ
ಯಾವುದೂ ಇಲ್ಲ	ಪುಪ್ಪುಸದ ಸಾಮಾನ್ಯ ರಚನೆ		ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ ೧೨ ರಿಂದ ೧೬ ಬಾರಿ ಉಸಿರಾಟ
ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಉರಿಯಿಂದಾಗಿ, ಒಣ	ಹೆಚ್ಚು ಪಾರದರ್ಶಕ ಪುಪ್ಪುಸ		ವಿವಿಧ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ
ಒಣ, ಮಧ್ಯಮ ಮತ್ತು ಕಿರಿಯ ಗಾತ್ರದ ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ (ಉಸಿರ್ನಾಳ ಪುಪ್ಪುಸ ದುರಿತ)	ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿ ತೋರಿ ಬರುವ ಬಿಳಿಯ ಛಾಯೆ. ಪುಪ್ಪುಸದ ಸಾಮಾನ್ಯ ರಚನೆ ಆ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹಾಗೆಯೇ ಉಳಿದಿರುತ್ತದೆ	ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ, ಚೆನ್ನಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಲ್ಲ ಮತ್ತು ದೊಡ್ಡದಾದ ಛಾಯೆಗಳು ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಕ್ಕಿಂತಲೂ ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ತೋರುತ್ತವೆ	ಹೆಚ್ಚು ವೇಗ, ಅದರಲ್ಲೂ ಜ್ವರವಿದ್ದಾಗ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು
ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಧ್ವನಿ ರೂಪದ ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿಗಳು, ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಗಂಭೀರವಾಗಿ	ಗೊಂಚಲು ಅಥವಾ ಹಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ಬಿಳಿ ಛಾಯೆ	ತುಂಬಾ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಕಾಣುವ ಛಾಯೆಗಳು ಕೆಲವುಬಾರಿ ಅಲ್ಲಿ ನಾಶಗೊಂಡ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ	ವ್ರಣದ ವಿಸ್ತಾರವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ
ದೊಡ್ಡದಾದ, ಗಂಭೀರ ಧ್ವನಿಯ, ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿಗಳು, ಅದರಲ್ಲೂ ಕೆಮ್ಮಿದ ಮೇಲೆ	ಪರಿಮಿತವಾಗಿ ಪೊಳ್ಳಿನ ಪದರುಗಳು ಹರಡಿದ, ಬಿರುಸಾದ ಇಲ್ಲವೆ ಉಬ್ಬಿದ) ಉಂಗುರದ ಛಾಯೆಗಳು, ಅಲ್ಲಿಂದ ಹೊರಹೊಮ್ಮುವ ಉಸಿರುರುನಾಳ ಸೇರಿ	ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಇರುವಿಕೆ ಅಂತರಾಳ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಿಂದ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ	ವ್ರಣದ ವಿಸ್ತಾರವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ
ಇಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅಸ್ಪಷ್ಟ	ಪುಪ್ಪುಸದ ಭಾಗವು ಹೆಚ್ಚು ಪಾರದರ್ಶಕ, ಹಿಂದಕ್ಕೆ ಸಂಕುಚನಗೊಂಡು ಹೋದ ಪುಪ್ಪುಸದ ತಡೆ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ರಚನೆಯು ಅಸ್ಪಷ್ಟ		ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವಾಗ ವೇಗ ಗತಿ
ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉಜ್ಜುವಿಕೆಯು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಕೇಳಿಬರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಅದು ಹೀರಿಕೊಂಡ ಮೇಲೂ	ಒಂದೇ ತೆರನಾದ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಛಾಯೆ ಅದರ ವಿಸ್ತಾರವು ಡಾಮೊಸಿಯಾ ಗೆರೆಯಿಂದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿರುತ್ತದೆ		ಜ್ವರದಿಂದ ಅಥವಾ ಒತ್ತುವಿಕೆಯಿಂದ ವೇಗ ಗತಿ

ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಸ್ಪಷ್ಟ ಚಿತ್ರವನ್ನು ತೆಗೆಯುತ್ತದೆ. ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ೧ ರಿಂದ ೨ ಸೆಂ. ಮೀ. ದೂರದಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಾಲ್ಕಾರು ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯಲಾಗುವುದು. ಅಗತ್ಯ ಬಿದ್ದರೆ ಚಿತ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಗುವುದು ಹಾಗೂ ಅಂತರವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ರೋಗ ನಿದಾನ ಕ್ರಮದ ವಿಕಿರಣ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಕೋಶಗಳನ್ನು ಒಮ್ಮೆಲೇ ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುವುದು. ಅದರಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯಬಿದ್ದ ಎಲ್ಲ ಪದರುಗಳ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಒಮ್ಮೆಲೇ ತೆಗೆಯಲಾಗುವುದು.

ಹಂತ ಚಿತ್ರಣದಿಂದ ವ್ರಣದ ಸ್ಥಳವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತಿಳಿಯಬಹುದು. ಅದರ ಆಕೃತಿಯ ಗೆರೆಯನ್ನೆಳೆಯಬಹುದು. ರೂಢಿಯಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಛಾಯೆಗಳು ಮುಚ್ಚುವುದರಿಂದ, ಅನೇಕ ವ್ರಣಗಳು ಅಗೋಚರವಾಗಿ ಉಳಿಯಬಹುದು. ಹಂತದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಚಿತ್ರಗಳು ಪೊಳ್ಳುಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ. ಹೊಸದಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಪೊಳ್ಳುಗಳನ್ನು ರೂಢಿಯಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣಗಳು ತೋರಿಸಲಾರವು ಇಲ್ಲವೆ ಅದು ಕುಸಿದುಹೋದ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಮುಚ್ಚಲ್ಪಟ್ಟಿರಬಹುದು. ಅನೇಕ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹಂತ ಚಿತ್ರಣವು ಕ್ಷ–ಕಿರಣದ ಸರ್ವೆ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಬೀಗದ ಕೈಯಂತಿರುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆದಿರುವಾಗ, ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವಾಗ ಮತ್ತು ತದನಂತರ ಹಿಂಬಾಲಿಸುವಾಗ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಹಂತ ಚಿತ್ರಣದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿರಬೇಕು. ಹಂತ ಚಿತ್ರಣದಿಂದ ದೃಢಪಡಿಸದೆ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಮುಚ್ಚಿ ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಹೇಳಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅದೇ ತೆರನಾಗಿ ರೋಗವು ಉಳಿಸಿಹೋಗುವ ಕುರುಹುಗಳನ್ನು ಹಂತ ಚಿತ್ರಣದಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕು.

ಎಲ್ಲ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ದೊರೆತ ಪರೀಕ್ಷಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಹೋಲಿಸುವುದು ತುಂಬಾ ಮುಖ್ಯ.

ಉಸಿರುನಾಳ ಚಿತ್ರಣ ಮತ್ತು ಉಸಿರುನಾಳದ ಆಳದ ಚಿತ್ರಣ

ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ರೋಗಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಉಸಿರುನಾಳದಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ತಡೆ ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಉಸಿರುನಾಳದ ಉರಿ, ಪಂಗುಸಿರ್ನಾಳದ ಉರಿ ಮತ್ತು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಉಸಿರುನಾಳದ ಗೋಡೆಯಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳು ಉಸಿರುನಾಳದ ವಿಕೃತಿಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಲ್ಲವು. ಅದರಿಂದ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಹಿಚುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಉಸಿರ್ನಾಳದಲ್ಲಿ ತಡೆಯು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ.

ಅದಲ್ಲದೆ ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಪೊಳ್ಳುಗಳ ಉದ್ಭವ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಉಸಿರುನಾಳದಲ್ಲಿನ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳೊಡನೆ ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ತಡೆದಿದೆ (ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ವ್ರಣದಿಂದ ಹೊರಬರುವ ಉಸಿರ್ನಾಳ).

ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ದೊರೆತ ವಿಷಯಗಳ ವಿವೇಚನೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದು ತುಂಬಾ ಅಗತ್ಯ. ಅದರಲ್ಲೂ ಉಸಿರುನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ವಸ್ತು (ಲಿಪ್‌ಅಯೊಡಾಲ್) ವನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ ಮತ್ತು ಹಂತ ಚಿತ್ರ ವನ್ನು ತೆಗೆದುನೋಡುವುದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೫

ರೋಗದ ಪ್ರಯೋಗಶಾಲಾ ಪರಿಶೀಲನೆಗಳು ಮತ್ತು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯಲ್ಲೂ ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ಪ್ರಯೋಗಶಾಲಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುತ್ತಾನೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅವು ಪರಿಪೂರ್ಣವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಕಣ್ಣು ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಕಫ, ತೂತಿನಿಂದ ಬರುವ ಕೀವು ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿನ ಒಸರಿಕೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಮುಖ್ಯ ವಿಧಾನಗಳಾಗಿವೆ.

ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಿಂದ ದಿನವೂ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಕಫದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿದೆ :

೧. ದಿನವೂ ಕೆಮ್ಮಿ ಹೊರತೆಗೆಯುವ ಕಫದ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಅದರಲ್ಲಿ ಕೀವು, ಲೋಳೆ ಅಥವಾ ಅವೆರಡರ ಮಿಶ್ರಣ, ಹರಳಿನಂತಿರುವಿಕೆ ಅಥವಾ ರಕ್ತದ ಎಸಳು ಇರುವುದನ್ನು ನೋಡುವುದು.

೨. ನೇರವಾಗಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ಲೇಪದ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕ ಪರೀಕ್ಷೆ.

೩. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆ.

೪. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿಲ್ಲದಿರುವಾಗ ಕಫದ ಶೇಖರಣೆ.

೫. ತತ್ತಿಯ ಹಳದಿಯ ಮೇಲೆ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ತಳಿ ಮಾಡುವಿಕೆ.

೬. ತಳಿ ಮಾಡಿದಾಗಲೂ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸದಿದ್ದಾಗ ಅನುಮಾನಾಸ್ಪದ ವಸ್ತುವನ್ನು ಗಿನಿ ಹಂದಿಗಳಿಗೆ ಚುಚ್ಚುವ ಜೈವಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ.

ಗಿನಿ ಹಂದಿಗಳಿಗೆ ಚುಚ್ಚಿ ನೋಡುವ ಜೈವಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಅತ್ಯಂತ ನಿರ್ಧಾರಕ ಕ್ರಮವಾಗಿದೆ. ಥೈವಿಜಿಡ್ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಮಾನ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ರೋಗದಿಂದ ಚೇತರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಾಗ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಈ ತೆರನಾದ ಪ್ರಾಣಿ ಚುಚ್ಚುವಿಕೆ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಉತ್ತರವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಈ

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಔಷಧಿಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವ ಪಡೆದಿರುವುದನ್ನು ತತ್ಫಲವಾಗಿ ಅವುಗಳ ತೀಕ್ಷ್ಣತೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ಇದು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಪುಪ್ಫುಸ–ಶ್ವಾಸನಾಳಗಳ ಅನುವಳಿಕೆಯನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಲು ನೇರವಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಕಫದ ಲೇಪನದಲ್ಲಿ ನಾರಿನಂತಹ ಎಳೆಗಳು ಮತ್ತು ಜೀವಕಣಗಳು ಇರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬೇಕು. ಅಲ್ಲದೆ ಬೇರೆ ರೋಗಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಲೇಪನದಲ್ಲಿ ಜೀವಕಣಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಕೂಲಂಕಷವಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕು. ಇದು ಏಡಿಗಂತಿ ರೋಗ ಕಣಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಅಗತ್ಯ. ಜೀಮ್ಸ್ ಬಣ್ಣ ಕೊಟ್ಟು ಗೂರಲು ಮತ್ತು ಕೆಲವು ವಿಧವಾದ ಪುಪ್ಫುಸದುರಿತದಲ್ಲಿ ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನೋಡಬೇಕು.

ಕಫ ಇಲ್ಲದಿದ್ದದ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯನ್ನು ಒರೆಸಿ, ಇಲ್ಲವೆ ವೈ. ಎಸ್. ಜೋಬಿನ್‌ರ ವಿಧಾನದಿಂದ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳವನ್ನು ತೊಳೆದು ಅಥವಾ ಆರ್ಮಾಂಡ್ ಡಿಲೈಲಿಯವರ ವಿಧಾನದಿಂದ ಜಠರವನ್ನು ತೊಳೆದು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುವುದು.

ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ವಿಧಾನ : ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುವಾಗ, ಕಫವನ್ನು ಪೆಟ್ರಿ ಪರಾತದಲ್ಲಿ ಸುರಿಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ತಯಾರಿಸುವ ಸೂಜಿಯ ಮೊನೆಯಿಂದ, ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಕೀವುಗೊಂಡ ತುಣುಕುಗಳನ್ನು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಎತ್ತಿ ೩ ರಿಂದ ೫ ಗಾಜಿನ ಫಲಕದ ಮೇಲೆ ಇಡಲಾಗುವುದು. ಕಫವನ್ನು ಹಾಗೆಯೇ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು, ಒಂದು ಫಲಕದ ಮೇಲೆ ತೆಳ್ಳನೆಯ ಗಾಜಿನ ಬಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಮುಚ್ಚಲಾಗುವುದು. ಇತರ ಫಲಕಗಳ ಮೇಲಿರುವ ಕಫವನ್ನು ಗಾಜಿನ ಫಲಕ ಇಲ್ಲವೆ ಸೂಜಿಯಿಂದ ಹರಡಲಾಗುವುದು. ಆ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ದೀಪ ಜ್ವಾಲೆಯಿಂದ ಕಾಯಿಸಿ ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡಿ, ಬಣ್ಣ ಕೊಡಲಾಗುವುದು (ಝೀಲ್–ನೀಲ್ಸನ್ ಅಥವಾ ಸ್ಪೆಂಗ್ಲರ್ ವಿಧಾನದಿಂದ).

ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಲೇಪದ ನೇರ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಈ ವಸ್ತುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನೋಡಲಾಗುವುದು : (೧) ಬಿಳ್ಕಣಗಳು, ಕೆಂಪು ರಕ್ತ ಕಣಗಳು ಮೊದಲಾದ ಜೀವಕಣಗಳು; ಗಾಳಿಗೂಡಿನ ಪದರು ಕಣಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಕಫವು ಮೇಲಣ ಉಸಿರುನಾಳಗಳಿಂದಲ್ಲದೆ, ಪುಪ್ಫುಸದಿಂದ ಬಂದಿರುವುದನ್ನು ಸೂಚಿಸುವುದು: (೨) ಕೋಶಕಣಗಳು.

ಝೀಲ್ ನೀಲ್ಸನ್‌ರ ವಿಧಾನದಿಂದ ಬಣ್ಣ ಕೊಡುವಿಕೆ : ಅಂಟಿಸಿದ ನಮೂನೆಗೆ ಝೀಲ್‌ರ ಫಕ್ಸಿನ್‌ನಿಂದ ಬಣ್ಣ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಅನಂತರ ನೀರಿನಿಂದ ತೊಳೆದು, ೩% ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲ– ಮಧ್ಯಸಾರದಿಂದ ಬಣ್ಣವನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸು

ವುದು. ಅದು ಬೂದು ಬಣ್ಣವನ್ನು ತಳೆಯುತ್ತದೆ. ಅನಂತರ ನೀರಿನಿಂದ ತೊಳೆದು, ಮೆಥಲೀನ್ ನೀಲಿಯನ್ನು ಅರ್ಧ ನಿಮಿಷದಿಂದ ಒಂದು ನಿಮಿಷ ಕಾಲ ಹಚ್ಚಲಾಗುವುದು. ಮತ್ತೆ ನೀರಿನಿಂದ ತೊಳೆಯಲಾಗುವುದು.

ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ತಯಾರಿಸಿದ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಕೆಂಪು ಬಣ್ಣವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತವೆ. ಅವು ನೀಲಿ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಎದ್ದುಕಾಣುತ್ತವೆ. ಬಿಳ್ಕಣಗಳು, ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಕಣಗಳು ಮತ್ತಿತರ ವಸ್ತುಗಳು ನೀಲಿ ಬಣ್ಣವನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತವೆ.

ಸ್ಪೆಂಗ್ಲರ್‌ರ ವಿಧಾನ (ರೂಪಾಂತರಿಸಿದ): ಲೇಪವನ್ನು ದೀಪಜ್ವಾಲೆಯಿಂದ ಅಂಟಿಸಿ ಅನಂತರ ಝೀಲ್‌ರ ಫಕ್ಸಿನ್‌ನಿಂದ ಈ ತೆರನಾಗಿ ಬಣ್ಣವನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುವುದು: ಲೇಪದ ಮೇಲೆ ಮುಚ್ಚಿದ ಜಿನುಗು ಕಾಗದ ಮೇಲೆ ಫಕ್ಸಿನ್‌ನ್ನು ಸುರಿಯಲಾಗುವುದು; ಆ ತಯಾರಿಕೆಯನ್ನು ದೀಪಜ್ವಾಲೆಯ ಮೇಲೆ ಹಬೆ ಬರುವ ವರೆಗೆ ಹಿಡಿದು ಆಮೇಲೆ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ತೊಳೆಯಲಾಗುವುದು. ಆ ಬಣ್ಣವನ್ನು ೩% ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲ– ಮದ್ಯಸಾರದಿಂದ ಹೋಗಲಾಡಿಸಿ, ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕದಡಲಾಗುವುದು. ಅನಂತರ ಪಿಕ್ರಿಕ್ ಆಮ್ಲದಿಂದ ಅದಕ್ಕೆ ಬಣ್ಣ ಕೊಟ್ಟು ಮತ್ತೆ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕದಡಲಾಗುವುದು. ಈ ತೆರನಾಗಿ ಬಣ್ಣವನ್ನು ಕೊಟ್ಟ ಮೇಲೆ, ತಯಾರಿಕೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಮತ್ತು ಕೋಶಕಣಗಳು ಹಳದಿಯಾಗಿ ತೋರಿ, ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಕೆಂಪು ಬಣ್ಣವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತವೆ.

ಜೀವಾಣುಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆ: ಬಣ್ಣ ಕೊಡಲ್ಪಟ್ಟ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುವುದು. ಜೀವಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದರೆ, ಅವುಗಳ ಅಂದಾಜು ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಗಣಿಸಿ, ಈ ರೀತಿ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ: "ಪ್ರತಿ ನೋಟದಲ್ಲಿ ೧೦ ರಿಂದ ೨೦," "ಅಲ್ಲಲ್ಲಿನ ನೋಟದಲ್ಲಿ ಜೀವಾಣುಗಳ ಗೋಚರಿಕೆ." ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಉತ್ತರವನ್ನು ಹೇಳುವ ಮೊದಲು ಅನೇಕ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುವುದು.

ಹೊಳಪುಗೊಳಿಸಿದ ಜೀವಾಣುಗಳು

ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಜೀವಾಣುಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಳಪುಗೊಳಿಸುವ ಇಲ್ಲವೆ ಜಾಜ್ವಲ್ಯಗೊಳಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಲೇಖಕನು ಮುಂದೆ ಕಾಣಿಸಿದ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಸ್ವತಃ ಬಳಸುತ್ತಾನೆ: ರೂಢಿಯಲ್ಲಿರುವ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ರೋಗಿಷ್ಠ ವಸ್ತುಗಳ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿ ಜ್ವಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಂಟಿಸಲಾಗುವುದು. ಅನಂತರ ಸಮ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ೦.೦೧% ರೋಡಾಮಿನ್ ಮತ್ತು

೦.೧% ಆರಾಮಿನ್ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಆ ಫಲಕದ ಮೇಲೆ ಸುರಿದು ಅದನ್ನು ಮುಚ್ಚಲಾಗುವುದು. ಆ ಲೇಪವನ್ನು ಹಬೆಯು ಬರುವ ವರೆಗೆ ಕಾಯಿಸಲಾಗುವುದು. ಆ ಮೇಲೆ ೨ ರಿಂದ ೩ ನಿಮಿಷಕಾಲ ೩% ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲ- ಮದ್ಯಸಾರದಿಂದ ಬಣ್ಣವನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಿ, ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಚೆನ್ನಾಗಿ ತೊಳೆದು ಒಣಗಿಸಲಾಗುವುದು. ಒಣಗಿದ ಆ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಜಾಜ್ವಲ್ಯಮಾನ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಇಲ್ಲವೆ ಅಂತಹ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕಕ್ಕೆ ಅಳವಡಿಸಲಾದ ವಿಶಿಷ್ಟ ಸಾಧನವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ರೂಢಿಯಲ್ಲಿನ ಉಪಕರಣದ ಮೂಲಕ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುವುದು. ಸುಲಭ ಸಾಧನವಾಗಿ ಶಕ್ತಿಯುತ ದೀಪಮೂಲವನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ಅದರ ಮೇಲೆ ದೀಪಕ್ಕೆ ನೀಲಿ ತೆರೆ ಮತ್ತು ಕಣ್ಣಿನ ಸಾಧನಕ್ಕೆ ಹಳದಿ ತೆರೆ ಬೇಕು.

ಒಣ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಕೊಂಚ ಪಾತ್ರ ದೊಡ್ಡದು ಮಾಡಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದರಿಂದ, ಜಾಜ್ವಲ್ಯ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕವು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಬೇಗ ಗುರುತಿಸಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಮೇಲಾಗಿ ನೋಟದ ವಿಸ್ತಾರವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದರಿಂದ, ಬೇಗ ಬೇಗ ನೋಡಬಹುದು.

ಅಲ್ಲದೆ, ತಯಾರಿಕೆಯ ಕಪ್ಪು ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ, ಪ್ರಕಾಶಯುತ ಹಳದಿ ಬಣ್ಣವನ್ನು ಹೊರಹಾಕುವ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸುಲಭವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ದುರದೃಷ್ಟವಶಾತ್, ಜೀವಾಣುಗಳ ರಚನೆ, ಉದ್ದ ಮತ್ತು ಆಮ್ಲ ವಿರೋಧಿ ಕಣಗಳು ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗೋಚರವಾಗುವುದಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ ಅದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯನ್ನು ಪರಿಮಿತಗೊಳಿಸಿವೆ.

ಒಗ್ಗೂಡಿಕೆ

೨೦೦ ರಿಂದ ೨೫೦ ಮಿ. ಲೀ. ಹಿಡಿಸುವ ಅಗಲವಲ್ಲದ ಕತ್ತನ್ನು ಪಡೆದ ಫ್ಲಾಸ್ಕಿನೊಳಗೆ ಕಫವನ್ನು ಅದರ ತಳದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಹರಡುವಂತೆ ಸುರಿಯಬೇಕು. ದ್ರವ ಕಫದ ಪ್ರಮಾಣ (ಕಫವು ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿದ್ದರೆ ಅದರ ಎರಡರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ) ದ ಸಮಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ೦.೫% ಕ್ಷಾರವನ್ನು ಅದಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಿ ಒಂದೇ ತೆರನಾದ ವಸ್ತುವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕು. ಅನಂತರ ೧೦ ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ ಫ್ಲಾಸ್ಕನ್ನು ಅಲುಗಾಡಿಸಬೇಕು. ಅದಕ್ಕೆ ಸುಮಾರು ೫೦ ಮಿ. ಲೀ. ಭಟ್ಟಿಯಿಳಿದ ನೀರನ್ನು ಮತ್ತು ೧ ಮಿ. ಲೀ. ಸಪ್ಪು ಹೈಡ್ರೊ ಕಾರ್ಬನ್‌ನ್ನು (ಟೋಲುಲ್, ಜೈಲಾಲ್, ಪೆಟ್ರೋಲಿಯಂ) ಸೇರಿಸಬೇಕು. ಭಟ್ಟಿಯಿಳಿಸಿದ ನೀರಿನ ಮತ್ತೊಂದು ಭಾಗವನ್ನು ಫ್ಲಾಸ್ಕಿನ ಅರ್ಧ ಭಾಗದ ವರೆಗೆ ಸುರಿಯಬೇಕು. ಅನಂತರ ಇಡೀ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಅಲುಗಾಡಿಸಬೇಕು. ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಿಶ್ರಣಗೊಂಡ ಮೇಲೆ ಬಾಟಲಿಯ ಕತ್ತಿನ ವರೆಗೂ ನೀರನ್ನು ತುಂಬಿ, ಎರಡು ಘಂಟೆಗಳಿಗೆ ಕಡಿಮೆಯಿಲ್ಲದಷ್ಟು ಕಾಲ

ಹಾಗೆಯೇ ಇಡಬೇಕು. ಅದರಲ್ಲಿ ಅಡಕವಾಗಿದ್ದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು, ಹೈಡ್ರೋ ಕಾರ್ಬನ್ ಕಣಗಳಿಂದ ಪ್ರೇರೇಪಿಸಲ್ಪಟ್ಟು ಮೇಲಕ್ಕೆ ಬಂದು ಉಂಗುರದಂತೆ ಪದರೊಂದನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುತ್ತವೆ. ಎರಡು ಘಂಟೆಗಳ ತರುವಾಯ ಮೇಲಿನ ಪದರನ್ನು, ರಬ್ಬರ್ ಸಿರಿಂಜ್ ಪಡೆದ ಸೋಂಕು ಹೊಂದಿರದ ಹೀರು ಕೊಳವೆಯಿಂದ ಹೊರಕ್ಕೆ ತೆಗೆಯಲಾಗುವುದು. ಅದನ್ನು ಪದೇ ಪದೇ ಹೊರಕ್ಕೆ ತೆಗೆದು, ಕುದಿಯುತ್ತಿರುವ ನೀರಿನ ಪಾತ್ರೆಯ ಮೇಲಿರಿಸಿ ಗಾಜಿನ ಫಲಕದ ಮೇಲೆ ಹನಿ ಹನಿಯಾಗಿ ಇಡಬೇಕು. ಆ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಝೀಲ್ ನೀಲ್ಸನ್‌ರ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಬಣ್ಣ ಕೊಟ್ಟು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ನೋಡಬೇಕು. ನೇರವಾಗಿ ಬಣ್ಣ ಕೊಟ್ಟು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ನೋಡುವುದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಜೀವಾಣುಗಳ ಒಗ್ಗೂಡಿಕೆಯು ಶತಾಂಶ ೧೫ ರಿಂದ ೧೭ ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ತಳಿ ಮಾಡುವಿಕೆಗಿಂತ ಕೊಂಚ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿಗಾಗಿ ಕಫ ಮತ್ತಿತರೆ ರೋಗಿಷ್ಠ ವಸ್ತುಗಳ ತಳಿ ಮಾಡುವಿಕೆ

ಕಫ ಮತ್ತಿತರ ದ್ರವಗಳ (ಮೂತ್ರ, ಒಸರಿಕೆ) ನ್ನು ಪದೇ ಪದೇ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ನೋಡಿದಾಗಲೂ ಜೀವಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯು ಗೋಚರಿಸದಿದ್ದಾಗ, ರೋಗ ನಿದಾನಕ್ಕೆ ಇಲ್ಲವೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲ ದರ್ಶನಕ್ಕೆ (ಔಷಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರಭಾವವನ್ನಳೆಯಲು ಅಥವಾ ಕೃತಕ ಎದೆ ಗಾಳಿ) ಕೃತಕ ಸಾರ ದ್ರವ್ಯದ ಮೇಲೆ ತಳಿ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಮೊದಲು ಕಫ ಅಥವಾ ಇತರ ರೋಗಿಷ್ಠ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ೫ ರಿಂದ ೧೦% ಸಲ್ಫ್ಯೂರಿಕ್ ಆಮ್ಲ ಅಥವಾ ೮% ಸೋಡಿಯಂ ಹೈಡ್ರಾಕ್ಸೈಡ್ ಜೊತೆಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿಸಿ, ಇತರ ಎಲ್ಲ ಜೀವಾಣುಗಳನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಬೇಕು. ಆ ವಸ್ತುಗಳು (ಮೂತ್ರ, ಕಫ, ಒಸರಿಕೆ) ಯಾವ ಜೀವಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರದಿದ್ದರೆ ಇಲ್ಲವೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಾರ ವಿರೋಧಿಯಲ್ಲದ ಕಾಕೈನಂತಹ ಜೀವಾಣುಗಳಿದ್ದರೆ ೮% ಕ್ಷಾರದೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕಗೊಳಿಸಿದರೆ ಸಾಕು. ಇತರ ಜೀವಾಣುಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು (ಬಿ. ಕೊಲೈ, ಇತರ) ಹೊಂದಿದ್ದ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು (ಮಲ, ಮೂತ್ರ, ಪ್ರಾಣಿಯ ಅಂಗಗಳು) ೫ ರಿಂದ ೧೦% ಸಲ್ಫ್ಯೂರಿಕ್ ಆಮ್ಲದೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಆಮ್ಲ ಮತ್ತು ಕ್ಷಾರ ವಿರೋಧಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳುಗಳು ಜೀವಂತವಾಗಿ ಉಳಿಯಬಲ್ಲವು. ಕಫವನ್ನು ಅದರ ಎರಡರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ೮% ಕ್ಷಾರದೊಂದಿಗೆ ಸೋಂಕುರಹಿತ ಗಾಜಿನ ಭರಣಿಯಲ್ಲಿ ಮಿಶ್ರಗೊಳಿಸಿ, ಅದರಲ್ಲಿರುವ ಗಾಜಿನ ಹರಳುಗಳ ಸಹಾಯದಿಂದ ೧೫ ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ ಅಲುಗಾಡಿಸಿ ಅದನ್ನು ಒಂದೇ ತೆರನಾದ ಮಿಶ್ರಣವಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕು. ಅನಂತರ ಗಿರಗಟೆಯಲ್ಲಿ

೫ ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ ತಿರುಗಿಸಬೇಕು. ಅಲ್ಲಿ ತಳದಲ್ಲುಳಿಯುವ ವಸ್ತುವನ್ನು ೫೦% ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲದಿಂದ ತಟಸ್ಥಗೊಳಿಸಿ, ಮೊಟ್ಟೆಯ ಹಳದಿಯ ಸಾರದ್ರವ್ಯ ಹೊಂದಿದ (ಪೆಟ್ರಗ್ನಾನಿ, ಜೆಲ್‌ಬರ್ಗ್ ಇತರ) ೫ ರಿಂದ ೮ ಪ್ರನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಪ್ರನಾಳಗಳನ್ನು ಮೇಣ ಮತ್ತು ಪ್ಯಾರಾಫಿನ್‌ನಿಂದ ಮುಚ್ಚಿ, ೩೭.೫ ರಿಂದ ೩೮° ಸೆಂ. ಶಾಖ ಹೊಂದಿದ ಕಾವುಪೆಟ್ಟಿಗೆಯಲ್ಲಿ ೩ ತಿಂಗಳ ಕಾಲ ಇರಿಸಬೇಕು. ಅನೇಕ ಬಾರಿ, ಆ ಕಾವುಪೆಟ್ಟಿಗೆಯಲ್ಲಿರಿಸಿದ ೧೮, ೨೦ ಅಥವಾ ೩೦ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಮೊದಲಿನ ಕಾಲೋನಿಗಳು ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ.

ಪೆಟ್ರಗ್ನಾನಿ ಸಾರದ್ರವ್ಯದ ತಯಾರಿಕೆ : ಮೊಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ಸೋಪು ಮತ್ತು ಬಿಸಿನೀರಿನಲ್ಲಿ ಬ್ರಷ್‌ನಿಂದ ತೊಳೆದು, ಒಂದು ಘಂಟೆ ಕಾಲ ಮದ್ಯಸಾರದಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಹತ್ತು ಮೊಟ್ಟೆಗಳಿಗೆ ೨೫೦ ಮಿ. ಲೀ. ಹಾಲು, ೧೬ ಗ್ರಾಂ. ಪಿಷ್ಟ ಮತ್ತು ೧ ಗ್ರಾಂ. ಪೆಪ್ಟೋನ್ ಬೇಕು ಪಿಷ್ಟ ಮತ್ತು ಪೆಪ್ಟೋನ್‌ಗಳನ್ನು ಹಾಲಿನಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಿ, ಒಂದು ಘಂಟೆ ಕಾಲ ಗಾಜಿನ ಹರಳು ಹೊಂದಿದ ಬಿಸಿ ನೀರಿನ ಪಾತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಕುದಿಸಬೇಕು. ಆ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ತಿರುವುತ್ತಿರಬೇಕು. ಅದರಿಂದ ಬರುವ ಲೋಳೆಯನ್ನು ೫೦ ರಿಂದ ೬೦° ಸೆಂ. ವರೆಗೆ ತಣ್ಣಗೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಅನಂತರ ಮೊಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ಅದರೊಳಕ್ಕೆ ಒಡೆಯಲಾಗುವುದು (೮ ಇಡೀ ಮೊಟ್ಟೆಗಳು ಮತ್ತು ೨ ಅದರ ಹಳದಿ). ಆ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಮಿಶ್ರಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಆ ಮೇಲೆ ೨೪ ಮಿ. ಲೀ. ಸೋಂಕು ರಹಿತ ಗ್ಲಿಸರಿನ್ ಮತ್ತು ೧೫ ಮಿ. ಲೀ. ೨% ಮಾಲಕೈಟ್ ಹಸಿರು ದ್ರಾವಕವನ್ನು ಸೇರಿಸಬೇಕು. ಇಡೀ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಲಾಳಿಕೆಯಲ್ಲಿರಿಸಿದ ಸೋಸುವ ಅರಿವೆಯ ಮೂಲಕ ಶೋಧಿಸಿ ಗಾಜಿನ ಪ್ರನಾಳಕ್ಕೆ ಸುರಿಯಬೇಕು. ಅದರೊಳಗೆ ಸೇರಿಸಿದ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಒತ್ತಿ ತಿರುವಬೇಕು. ಆ ಸಾರದ್ರವ್ಯವನ್ನು, ಕಾರ್ಕ್‌ನ ಕಾವು ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯಲ್ಲಿ, ೮೭ರಿಂದ ೯೦° ಸೆಂ. ಉಷ್ಣತೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಘಂಟೆಕಾಲ ಇರಿಸಿ, ಮೊಸರಿನಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಆ ರೀತಿ ಮಾಡಿದ ಮೇಲೆ ಅದರಲ್ಲಿ ದ್ರವ ಭಾಗವೇನೂ ಉಳಿಯುವುದಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ, ಒಂದು ಮಿ. ಲೀ. ಗೆ ೨೫ ಯುನಿಟ್ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಹೊಂದಿದ ೦.೫ ಮಿ. ಲೀ. ಸೊಟೊನ್ ಸಾರದ್ರವ್ಯವನ್ನು ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಪ್ರನಾಳದೊಳಕ್ಕೂ, ಸೋಂಕುರಹಿತ ಗಾಜಿನ ಕೊಳವೆಯ ಸಹಾಯದಿಂದ ಸೇರಿಸಲಾಗುವುದು. ಸಾರದ್ರವ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಪ್ರನಾಳಗಳನ್ನು, ಒಂದು ಘಂಟೆಕಾಲ ಉಷ್ಣ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯಲ್ಲಿರಿಸಿ, ಯಾವ ಜೀವಾಣುಗಳೂ ಅದರೊಳಗೆ ಉಳಿಯದಂತೆ ದೃಢಪಡಿಸಲಾಗುವುದು. ಈ ಎಲ್ಲ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಸೋಂಕು ಸೇರದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅದಕ್ಕೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಯಾವ ಪಾತ್ರೆಗಳೂ ಸೋಂಕು ಹೊಂದಿರಬಾರದು.

ಕವಲುಉಸಿರ್ನಾಳವನ್ನು ತೊಳೆಯುವಿಕೆ

ಈ ಪ್ರಯೋಗವನ್ನು ಉಪವಾಸದಲ್ಲಿರಿಸಿದ ರೋಗಿಗಳ ಮೇಲೆ ವೈ. ಎಸ್. ಜೋಬಿನ್‌ರು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ನಾಲಿಗೆಯ ಬುಡ ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿನ ಮೃದ್ವಸ್ಥಿ ದನಿ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಒಳಮೈ, ಮಾರ್ಗಾಗ್ನಿಯ ಹೊಳ್ಳೆಗಳು ಮತ್ತು ದನಿ ನಾಳದ ಎಲ್ಲ ಹೊರಭಾಗಗಳನ್ನು ೧೦% ಕೊಕೇನ್ ದ್ರವದಿಂದ ಸವರಲಾಗುವುದು. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಉಸಿರ್ನಾಳವನ್ನು ತೊಳೆದು ಆ ದ್ರವವನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಹೊರ ತೆಗೆಯಲು ರೋಗಿಯನ್ನು ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಲಗಿಸಬೇಕು. ೩ ರಿಂದ ೫ ನಿಮಿಷ ಗಳ ತರುವಾಯ, ಉಪ್ಪು ನೀರನ್ನು ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಸಿರಿಂಜ್‌ನಿಂದ ಶ್ವಾಸನಾಳದ್ವಾರ ದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಲಾಗುವುದು. ಆಗ ನಾಲಿಗೆಯನ್ನು ಹೊರಕ್ಕೆಳೆದು ಹಿಡಿಯಬೇಕು. ಅದರಿಂದ ಉಪ್ಪು ನೀರನ್ನು ನುಂಗದಂತೆ ತಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದು. ಉಸಿರು ನಾಳದೊಳಗಿನ ದ್ರವಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಸೋಂಕುರಹಿತ ಪಾತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೊರಕ್ಕೆ ತೆಗೆಯ ಲಾಗುವುದು. ಅದನ್ನು ಒಗ್ಗೂಡಿಸಿ ಇಲ್ಲವೆ ತಳಿಮಾಡಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುವುದು.

ನೇರವಾಗಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ನೋಡುವುದಕ್ಕಿಂತಲೂ, ಶತಾಂಶ ೯ ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ತೊಳೆಯುವಿಕೆಯ ನಂತರದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸುವುವು. ತೊಳೆದು ತೆಗೆದ ಪದಾರ್ಥವನ್ನು ಗಟ್ಟಿ ಸಾರದ್ರವ್ಯದ ಮೇಲೆ ತಳಿಮಾಡಿದರೆ ಇನ್ನೂ ಶತಾಂಶ ೧೦ ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಬಾರಿ ಜೀವಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸುವುವು. ಎಂದರೆ ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಶತಾಂಶ ೧೯ ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯ ಮಾಹಿತಿ ದೊರಕುವುದು.

ಜಠರಕೋಶವನ್ನು ತೊಳೆಯುವಿಕೆ

(ಆರ್ಮಾಂಡ್–ಡಿಲೈಲಿಯ ರೀತಿ)

ಉಪವಾಸದಿಂದ ಇರುವ ರೋಗಿಗೆ ೨೦೦ ಮಿ. ಲೀ. ೧% ಸೋಡಾವನ್ನು (ಭಟ್ಟಿ ಇಳಿಸಿದ ನೀರಿನಲ್ಲಿ) ಕುಡಿಯಲು ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಅನಂತರ ಜಠರಕೋಶ ತೊಳೆದ ದ್ರವವನ್ನು ಜಠರ ಕೊಳವೆಯಿಂದ ಹೊರತೆಗೆಯಲಾಗುವುದು. ಆ ನಮೂನೆ ಗಳನ್ನು ಸೋಂಕುರಹಿತ ಪಾತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ, ಅದನ್ನು ಒಗ್ಗೂಡಿಸಿ, ಇಲ್ಲವೆ ಗಿರಿ ಗಿರಿಕೆ ಮಾಡಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುವುದು. ತಳ ಸೇರಿದ ವಸ್ತುವನ್ನು ಕೃತಕಸಾರ ದ್ರವ್ಯದ ಮೇಲೆ ತಳಿ ಮಾಡಲಾಗುವುದು.

ಒಸರಿಕೆ ಮತ್ತು ಕೀವಿನ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಸುತ್ತೊಪ್ಪರೆಯ ಪೊಳ್ಳುಗಳ ವಸ್ತು, ಮುಚ್ಚಿದ ಕೀವುಗಟ್ಟುಗಳ ಬಿಂದುಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವಾಗ, ವೃದ್ಧಿಗೊಂಡ ಕ್ಷಯದ ಇರುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲದಿರುವಿಕೆಯನ್ನು

ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕು. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಸೋಂಕು ಸೇರಿಸದೆ ದೊರಕಿಸಿದ ವಸ್ತುವನ್ನು ರೂಢಿಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗದಲ್ಲಿರುವ ಸಾರದ್ರವ್ಯ (ಸಕ್ಕರೆ ರಸಾಯನ, ಟಾರೋಜಿಯ ರಸಾಯನ, ಅಥವಾ ಮಾಂಸ ಪೆಪ್ಟೋನ್ ಅಗಾರ್) ದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಬೇಕು. ಅಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುವ ಜೀವಾಣುಗಳ ರೋಗಕಾರಕತ್ವ ಮತ್ತು ಔಷಧಕ್ಕೆ ಮಣಿಯದ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು.

ಒಸರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು, ನೇರಲೇಪಕ್ಕೆ ಝೀಲ್ ನೀಲ್ಸನ್ ಅಥವಾ ಸ್ಪೆಂಗ್ಲರ್‌ರ ವಿಧಾನದಿಂದ ಬಣ್ಣ ಕೊಟ್ಟು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಮೊಟ್ಟೆಯ ಸಾರದ್ರವ್ಯದ ಮೇಲೆ ತಳಿಮಾಡಿ ನೋಡಬೇಕು.

ಸುತ್ತೊಪ್ಪುರೆಯ ಕೋಶ ಮತ್ತು ಮಿದುಳಬಳ್ಳಿಯ ಕಾಲುವೆಯಿಂದ ತೆಗೆದ ಮೊಸರಿನಂತಿರದ ದ್ರವ ಒಸರಿಕೆಯನ್ನು ಗಿರಗಿಟೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಕಿ ತಿರುವಿದಾಗ ಕೆಳಗುಳಿಯುವ ವಸ್ತುವನ್ನು ರೂಢಿಯಲ್ಲಿರುವ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿಗಾಗಿ ತಳಿಮಾಡಬೇಕು. ಪುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿನ ಕೀವಿನ ಒಸರಿಕೆ ಮತ್ತು ಕೀವುಗಟ್ಟುಗಳಿಂದ ಬಂದ ಕೀವನ್ನು ಗಾಜಿನ ಹರಳುಗಳನ್ನು ಪಡೆದ ಗಾಜಿನ ಪಾತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಕಿ, ಗಿರಗಟೆಯ ತಿರುವಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡದೆ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿಗಾಗಿ ತಳಿಮಾಡಬೇಕು.

ಎಲ್ಲ ಒಸರಿಕೆಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲೂ ಪ್ರೋಟೀನ್ ಅಂಶ ಮತ್ತು ಜೀವ ಕಣಗಳ ರಚನೆಯ ಅಭ್ಯಾಸವು ಅತ್ಯಗತ್ಯವಾದುದು.

ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾಡುವಂತೆ ಬ್ರಾಂಡ್‌ಬರ್ಗ್‌ರ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಪ್ರೋಟೀನ್ ಅಂಶವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುವುದು. ಪ್ರೋಟೀನ್ ಅಂಶ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದರಿಂದ, ಅದಕ್ಕೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಅಳ್ಳಿಕ ಪ್ರಮಾಣವು ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತವೆ.

ಮೊದಲು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದಂತೆ, ಎಲ್ಲ ವಸ್ತುಗಳ ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತುಂಬಾ ಮುತುವರ್ಜಿಯಿಂದ ನೋಡಬೇಕು. ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಉತ್ತರ ಎಂದು ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲ ತರಹ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದ ನಂತರವೇ ದೃಢಪಡಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಬಣ್ಣ ಕೊಟ್ಟ ನಮೂನೆಗಳ ಪದೇ ಪದೇ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಒಗ್ಗೂಡಿಕೆ, ಕೃತಕ ಸಾರದ್ರವ್ಯದ ಮೇಲೆ ತಳಿಮಾಡುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಕೊನೆಗೆ ಗಿನಿ ಹಂದಿಗೆ ಚುಚ್ಚುವಿಕೆ ಇವುಗಳೇ ಆ ವಿಧಾನಗಳು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ಎಲ್ಲ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಆದುದರಿಂದ ಕಫ ಮತ್ತಿತರ ವಸ್ತುಗಳ ಪುನರಪಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಅಗತ್ಯ. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗೂಡಿಕೆಯಿಂದ ಇಲ್ಲವೆ ತಳ ಸೇರುವಿಕೆಯಿಂದ ದೊರಕಿಸಿದ ವಸ್ತುಗಳ ನಮೂನೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯೂ ಅಗತ್ಯ.

ಆಧುನಿಕ ಕ್ಷಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಔಷಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಹತ್ವವಿದೆ. ರೋಗ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪರಿಣಾಮಗಳ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕಷ್ಟೇ ರೋಗಿಷ್ಠ ವಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಹುಡುಕಿ ತೆಗೆಯುವುದು ಮುಖ್ಯವಲ್ಲ. ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಆ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಾದ, ತೀಕ್ಷ್ಣತೆ, ಕೆಟಾಲೇಸ್ ಕಾರ್ಯ, ಮತ್ತು ಮೂಲಭೂತ ಔಷಧಗಳಾದ – ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್, ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್‌ಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಮಣಿಯುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲೂ ಅದು ಅಗತ್ಯ.

ಔಷಧದ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವದ ನಿರ್ಧಾರ

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಹಂತ ಹಂತ ಅಳ್ಳಕತನದಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುವುದು. ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಜೀವಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಸಾರ ವಿಶೇಷವನ್ನು ತಯಾರಿಸಲಾಗುವುದು. ಅದರಲ್ಲಿ ಒಂದು ಮಿ. ಲೀ. ಗೆ ೫೦೦ ದಶಲಕ್ಷ ಜೀವಾಣುಗಳಿರುವುದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅಳತೆಗೋಲೆನಿಸಿದೆ. ಒಂದು ಮಿ. ಲೀ. ಸಾರವಿಶೇಷವನ್ನು, ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಅನೇಕ ಪ್ರನಾಳಗಳೊಳಕ್ಕೆ ಸುರಿಯಲಾಗುವುದು.

ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ದ್ರವರೂಪಿ ಇಲ್ಲವೆ ಘನರೂಪಿ ಸಾರದ್ರವ್ಯವು ಉಪಯುಕ್ತಕಾರಿ. ಔಷಧವನ್ನು ಸೇರಿಸುವ ಮೊದಲು, ಅದು ಅವನತಿಯನ್ನು ಹೊಂದದಿರಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಿ ಸಾರದ್ರವ್ಯವು ಸೋಂಕು ಹೊಂದದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಪರಿಣಾಮುವನ್ನು ೧೨ ರಿಂದ ೧೪ ನೆಯ ದಿನ ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುವುದು. ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುವ ಔಷಧವು ಜೀವಾಣುವಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಅವಕಾಶ ಕೊಟ್ಟರೆ ಅದು ಅಜೇಯತ್ವದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಸೂಚಿಸುವುದು. ಅದೇ ರೀತಿ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿನ ಔಷಧವು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತಡೆದರೆ ಅದು ಮಣಿಯುವ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಸೂಚಿಸುವುದು.

ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ೫೦೦, ೧೦೦, ೨೫, ೧೦ ಮತ್ತು ೧ ಮೈಕ್ರೋ ಗ್ರಾಂ/ಮಿ.ಲೀ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅಳೆಯಲಾಗುವುದು.

೧೦೦ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ / ಮಿ. ಲೀ. ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಜೀವಾಣು ರೂಪಗಳು ಬೆಳೆದರೆ ಅದು ತೀರ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಜೇಯತ್ವದ ಸೂಚನೆ. ೧೦ ರಿಂದ ೨೫ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. / ಮಿ. ಲೀ. ನಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದರೆ ಅದು ಮಧ್ಯಮ ರೀತಿಯ ಅಜೇಯತ್ವ, ಅದಕ್ಕೂ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣವಿದ್ದಾಗ ಬೆಳವಣಿಗೆ ತೋರಿದರೆ ಅವು ಔಷಧಕ್ಕೆ ಮಣಿಯುತ್ತವೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗುವುದು. ಥೈವಿಜೈಡ್‌ನ ವಿರುದ್ಧದ

ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ೧೦೦, ೨೦, ೧೦, ೧ ಮತ್ತು ೦.೦೬ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. / ಮಿ. ಲೀ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುವುದು.

ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್‌ನ ಇತರ ಔಷಧಗಳು ತೀವ್ರ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವುದರಿಂದ, ಜೀವಾಣುರೂಪಗಳು ೧೦ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. / ಮಿ. ಲೀ. ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದರೆ ತೀರ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಜೇಯತ್ವವೆಂದೂ, ೧ ರಿಂದ ೧೦ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. / ಮಿ. ಲೀ. ನಲ್ಲಿಯಾದರೆ ಮಧ್ಯಮ ತರಗತಿಯ ಅಜೇಯತ್ವವೆಂದೂ, ಮತ್ತು ಮಣಿಯುವ ಜೀವಾಣುಗಳು ೧ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. / ಮಿ. ಲೀ. ಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆಂದೂ ತಿಳಿಯಲಾಗಿದೆ.

ಪಾಸ್‌ನ ವಿರುದ್ಧ ತೀರ ಹೆಚ್ಚು ಅಜೇಯತ್ವ ಪಡೆದ ಜೀವಾಣುರೂಪಗಳು ೨೫ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. / ಮಿ. ಲೀ. ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಮಧ್ಯಮ ರೀತಿಯ ಅಜೇಯತ್ವ ಪಡೆದವು ೧೦ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. / ಮಿ. ಲೀ. ನಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಮಣಿಯುವ ಜೀವಾಣುಗಳು ೧ ರಿಂದ ೧೦ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. / ಮಿ. ಲೀ. ನಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ.

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಪ್ರಚೋದಕ ಶಕ್ತಿ

ಗಾಳಿಯ ಮೇಲೆ ಜೀವಿಸುವ ಇತರ ಜೀವಾಣುಗಳಂತೆ, ಕ್ಷಯಾಣು ಕೆಟಾಲೇಸ್ ಎಂಬ ಜೀವಧಾತುವನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಜೀವಾಳ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಆಡುತ್ತದೆ. ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಪಡೆದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ತುಂಬಾ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಜೀವಾಣುಗಳಲ್ಲಿನ ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯರೂಪಗಳು ಬದಲಾಗುತ್ತವೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಅವು ಕೆಟಾಲೇಸ್‌ನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ ಹಾಗೂ ಜೀವಾಣುಗಳ ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಉತ್ಪನ್ನವಾಗುವ ವಿಷವಸ್ತುವಾದ ಜಲಜನಕದ ಪೆರಾಕ್ಸೈಡ್‌ನ್ನು ನಾಶಗೊಳಿಸುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ (ಮಿಡಲ್‌ಬ್ರೂಕ್, ೧೯೫೪).

ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವ ಪಡೆದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಕೆಟಾಲೇಸ್ ಕಾರ್ಯಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಾಗ, ಅವು ಗಿನಿ ಹಂದಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ಅವು ಪ್ರಯೋಗಶಾಲೆಯ ಇತರ ಪ್ರಾಣಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಲ್ಲವು (ಬಿಳಿ ಇಲಿ).

ಒಂದು ಘಂಟೆಯೊಳಗೆ ೧೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಜೀವಾಣುಗಳನ್ನು (ಪರ್ಮಾಂಗನೇಟ್ ಟೈಟ್ರೇಶನ್‌ನಲ್ಲಿ) ಕೊಳೆಸಲು ಬೇಕಾದ ಜಲಜನಕದ ಪೆರಾಕ್ಸೈಡ್ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನವ

ಲಂಬಿಸಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಲ್ಲಿರುವ ಕೆಟಾಲೇಸ್ ಜೀವಧಾತುವಿನ ಅಂಶವನ್ನು ಅಳೆಯು ಲಾಗುವುದು. ನಾಶಹೊಂದಿದ ಕೆಟಾಲೇಸ್ ಪೆರಾಕ್ಸೈಡ್ ಮತ್ತು ತಳಿಗೆ ಹಾಕಿದ ಒಟ್ಟು ಪೆರಾಕ್ಸೈಡ್ (ಶತಾಂಶದಲ್ಲಿ) ನ ಪ್ರಮಾಣವೇ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಜೀವಾಣು ರೂಪದ ಕೆಟಾಲೇಸ್ ಕಾರ್ಯಕ್ರಿಯೆಯು ಗುರುತು.

ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ
ರಕ್ತದ ರಚನೆ

ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಇಳಿರಂಗುತನದ ಲಭ್ಯ ರಕ್ತಹೀನತೆಯು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ವಿಶೇಷ ಲಕ್ಷಣವೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದ್ದಿತು. ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ, ಆ ಅಭಿಪ್ರಾಯವು ಸರಿಯಲ್ಲವೆಂದು ತ್ಯಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮೇಲೆ ಸೂಚಿಸಿದ ರಕ್ತ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ರೋಗಿಯು ತೀರ ಕೃಶನಾಗಿ ಮರಳಿ ಮುನ್ನಾ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರಲಾರದಾದಾಗ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಲಭ್ಯ ರಕ್ತಹೀನತೆಯು, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಕರುಳು ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗದ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ– ಅದರಲ್ಲೂ ಮೊದಲಿನದರಲ್ಲಿ– ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇದು ಬಹುಶಃ ಅವರಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಆಹಾರ ವೈಪರೀತ್ಯದಿಂದ ಉಂಟಾಗಿರಬಹುದಾಗಿದೆ.

ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಅಂಶಗಳು

ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ರಕ್ತ ಬದಲಾವಣೆಯಲ್ಲಿ, ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಬಹು ಹಿಂದಿನಿಂದಲೇ ತಿಳಿಯಲಾಗಿದೆ. ಅದು ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವುದು. ಮೂಳೆ ತಿರುಳು ಸದಾ ಕಾಲ ರಕ್ತ ಕಣಗಳನ್ನು ಸಮ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಇಡಬಲ್ಲುದಾಗಿದ್ದು, ಅದನ್ನು ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸಬಹುದೆಂದು ಎಸ್. ಎ. ಷ್ಮೈಲೈಯಾವ್ ಸರಿಯಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಆದುದರಿಂದಲೇ ಪುನರಪಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಮಹತ್ವವಿದೆ.

ಷಿಲ್ಲಿಂಗ್, ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿನ ರಕ್ತ ಬದಲಾವಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಮೂರು ಹಂತಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ್ದಾನೆ :

೧. ತಟಸ್ಥ ರಂಗಿನ ಕಣಗಳ– ಹೋರಾಟದ ಹಂತ, ಆಗ ತಟಸ್ಥ ರಂಗಿನ ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ರಕ್ತಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆಯು ಎಡಕ್ಕೆ ಸ್ಥಳಾಂತರಿಸಿರುತ್ತದೆ; ಕೆಂದು ಕಣಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ಮತ್ತು ಒಂಜೀವ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.

೨. ಒಂಜೀವ ಕಣಗಳ– ರೋಗದ ಮೇಲೆ ಹಿಡಿತ ಬಂದ ಮೇಲೆ, ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ; ಎಡಕ್ಕೆ ಸ್ಥಳಾಂತರ ಮತ್ತು ತಟಸ್ಥ ರಂಗಿನ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಇಳಿಮುಖವಾಗುತ್ತದೆ.

೩. ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳ– ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಹಂತ, ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಯೇರಿಕೆ; ತಟಸ್ಥ ರಂಗಿನ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಇಳಿಮುಖ, ಮೆಲ್ಲನೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ರಕ್ತಚಿತ್ರದತ್ತ ಮಾರ್ಪಾಟು.

ಹೆಚ್ಚು ಜನ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತ ದೆಂದು ಕೈಹೊತ್ತಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ಬರೆಯಲಾಗಿದ್ದು, ಆ ಸ್ಥಿತಿ ಗೋಚರಿಸುವುದು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ರೋಗ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ, ಕೇಂದ್ರಕಗಳ ಸ್ಥಳಾಂತರಕ್ಕೇ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವ. ವಯಸ್ಸಾದಂತೆ, ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ರೀತಿ ವೃದ್ಧಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ರೋಗ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿದ್ದಾಗ, ಕೇಂದ್ರಕಗಳ ಸ್ಥಳಾಂತರವು ಶತಾಂಶ ೧೫ ರಿಂದ ೧೮ ರಷ್ಟಾಗುವುದೆಂದು ಎನ್. ಎ. ಷ್ಮೆಲೈಯಾವ್ ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ಯೋಗ್ಯ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಅಭಾವವಿದ್ದಾಗ ಅದು ಗೋಚರಿಸದಿರಬಹುದು.

ಇದು ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ನಂಬಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ರೋಗ ನಿದಾನದಲ್ಲಿ ಕಷ್ಟ ತೋರಿದಾಗ ಉಪಯೋಗಿಸ ಬಹುದಲ್ಲದೆ ರೋಗದ ಗತಿ ಮತ್ತು ಮುನ್ನೋಟವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲೂ ಬಳಸಬಹುದು. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಇತರ ರೋಗಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಲು ಸಹಾಯಕ ವಾಗದು. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ, ವಿಷಮಜ್ವರಯಲ್ಲಿಯಂತೆ ಬಿಳ್ಕಣಗಳ ಇಳಿಕೆ (ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳ ಇಳಿಕೆ) ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಕೆಂದು ಕಣಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಒಂಜೀವ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆಂದು ಸರಿಯಾಗಿ ತೋರಿಸಲಾಗಿದೆ. ನಮಗೆ ತೋರಿದಂತೆ ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಕೆಂದು ಕಣ ಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಅವು ಎಲ್ಲ ತೆರನಾದ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಗೆ ಪ್ರತಿ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಗೂರಲುಬ್ಬಸ, ಪರಾವಲಂಬಿ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ (ಜಂತು ರೋಗಗಳು) ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗ ನಂಜಿನ ವಿಶಿಷ್ಟ ಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಬದಲಾಗುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ರೋಗ ನಿದಾನವಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ರೋಗದ ಚಟು ವಟಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲೂ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿವೆ. ಲೇಖಕನ ಅನುಭವದಂತೆ, ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಇಳಿತ ಇಲ್ಲವೆ ಮಾಯವಾಗುವಿಕೆಯು ರೋಗದ ಉಲ್ಬಣಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳು ಪುನಃ ಕಂಡುಬರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚುವಿಕೆಯು ರೋಗವು ಗುಣಮುಖವಾದುದರ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ

ವೈಪರೀತ್ಯವನ್ನು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಕೊಟ್ಟು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಆಗ ತೋರಿ ಬರುವ ಪರಿಣಾಮಗಳು ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಸಹಕಾರಿಯೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಅಂಶಗಳೇ ಎಫ್. ಎ. ಮಿಖೋಲಾವ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಮೂಲವಾಗಿದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಒಂದು ಘನ ಮಿ. ಮೀ. ರೋಗಿಯ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಇರುವ ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಗಣಿಸಲಾಗುವುದು. ಅನಂತರ, ೦.೧ ಮಿ. ಲೀ. ಒ. ಟಿ. ಯನ್ನು ಅದರ ಅಳ್ಳಕ ನಂ. ೯ ರಂತೆ– ೧:೧,೦೦೦,೦೦೦,೦೦೦– ಚರ್ಮದಡಿ ಚುಚ್ಚಲಾಗುವುದು. ಅರ್ಧ ಗಂಟೆಯ ಅನಂತರ ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಗಣಿಸಲಾಗುವುದು. ಎರಡನೆಯ ಗಣನೆಯಲ್ಲಿ, ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಶತಾಂಶ ೫ ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆಯಾದರೆ, ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ರೋಗಸೂಚಕವೆಂದೂ, ನಕಾರಾತ್ಮಕವಾದರೆ ಅಲ್ಲವೆಂದೂ ತಿಳಿಯಲಾಗುವುದು. ಬೆರಳಿನಿಂದ ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು, ಗಾಜಿನ ನೀಳ ನಾಳದಲ್ಲಿ ಅದರ ಮೊದಲನೆಯ ಗೆರೆಯ ವರೆಗೆ ಸೇರಿಸಲಾಗುವುದು. ಅನಂತರ ಡೆಂಗರ್ ದ್ರವ (೧ ಮಿ. ಲೀ. ೧% ಈಯೋಸಿನ್ ದ್ರವ, ೧ ಮಿ. ಲೀ. ಅಸಿಟೋನ್, ೮ ಮಿ. ಲೀ. ನೀರು) ವನ್ನು ಎರಡನೆಯ ಗೆರೆಯ ವರೆಗೆ ತುಂಬಲಾಗುವುದು. ಅದನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಮಿಶ್ರ ಮಾಡಿದ ನಂತರ, ಕೆಂದು ಕಣಗಳನ್ನು ಡಬಲ್ ಬರ್ಕರ್ ಫಲಕದಲ್ಲಿ ಎಣಿಸಲಾಗುವುದು. ಉತ್ತರವನ್ನು ೧೮ ರಿಂದ ಭಾಗಿಸಿ, ೧೦೦ ರಿಂದ ಗುಣಿಸಿದಾಗ ಬರುವ ಸಂಖ್ಯೆಯು, ೧ ಘನ ಮಿ. ಮೀ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಕೊಳವೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಂಪು ರಕ್ತ ಕಣಗಳು ತಳ ಸೇರುವಿಕೆ

ಕೆಂಪು ರಕ್ತ ಕಣಗಳು ತಳ ಸೇರುವಿಕೆ (ಫಾರೇಸ್, ೧೯೧೮) ಯನ್ನು ನೋಡುವುದು ಒಂದು ಜನಪ್ರಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯಾಗಿದೆ. ರ. ತ. ಸೇ. (ಕೆಂಪು ರಕ್ತ ಕಣಗಳು ತಳ ಸೇರುವಿಕೆಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ) ಉರಿತದಲ್ಲಿ, ಮತ್ತು ಕೋಶಗಳ ವಿನಾಶ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಸರ್ವವೇದ್ಯವಾಗಿದೆ. ರ. ತ. ಸೇ. ಇತರ ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳಾದ ಮುಟ್ಟಾಗುವಿಕೆ, ಗರ್ಭ ತಳೆಯುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ದಿನದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಹೊಂದುವುದನ್ನು ನೋಡಲಾಗಿದೆ.

ಉರಿತದ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣವಿದ್ದರೂ ರ. ತ. ಸೇ. ಹೆಚ್ಚಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಅದು ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿತವಿರಲಿ ಇಲ್ಲವೆ ಏಡಿಗಂತಿಯಾಗಿರಲಿ ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ. ಲಸಿಕೆ ಕೊಟ್ಟಾಗ ಅಥವಾ ಬರಿಯ ಇನ್ಫ್ಲುಯೆಂಜಾ ಬಂದಾಗ ಸಹ, ಅದು ರ. ತ. ಸೇ. ಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ

ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ರೋಗದ ಮುನ್ನೋಟವನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಬೇಕು. ಆದರೂ ಕೆಲವೊಂದು ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳು ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವಾಗ ಹೆಚ್ಚಿನ ರ. ತ. ಸೇ. ಯನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸುತ್ತವೆ. ಇತರ ಎಲ್ಲ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವಿವರಗಳೊಡನೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ಆಗಾಗ್ಗೆ ತೆಗೆದ ಎದೆಚಿತ್ರಗಳೊಡನೆ, ರ. ತ. ಸೇ. ಪರೀಕ್ಷೆಯು ರೋಗದ ಮುನ್ನೋಟ ಮತ್ತು ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವಿಧಾನವನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುವುದು.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ತೀವ್ರತೆ ಮತ್ತು ರ. ತ. ಸೇ. ನಡುವೆ ಒಂದು ಗೊತ್ತಾದ ಸಮಾಂತರತೆ ಇರುವುದನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನೋಡಬಹುದು. ಕೆಲವೊಂದು ಉಲ್ಬಣಿಸಿದ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ಕ್ಷೀಣತೆ ಗೋಚರಿಸಿದಾಗಲೂ ರ. ತ. ಸೇ. ಹೆಚ್ಚಿರದಿರುವುದು ನಿಜ. ಅದು ಆಹಾರದ ಉಪಯೋಗದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಯದಿಂದ ಉಂಟಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರೋಗವು ಕೋಶದಿಂದ ಮುಚ್ಚಿಹೋದಾಗಲೂ ರ. ತ. ಸೇ. ಹೆಚ್ಚಿರುವುದಿಲ್ಲ. ರ. ತ. ಸೇ. ಕಡಿಮೆಯಿರುವ ರೋಗಗಳು ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿವೆ : ಇಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದೆರಡು ಘಂಟೆಗಳ ಅನಂತರ ಗಣನೆ ಮಾಡುವುದು ಸೂಕ್ತ. ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಅಪರೂಪ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತೀವ್ರವಾದ ರೋಗದಲ್ಲಿ ರ. ತ. ಸೇ. ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ.

ಮೂಲ ತತ್ವ ಮತ್ತು ವಿಧಾನ : ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ರೀತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಇನ್ನೂ ಚರ್ಚೆ ನಡೆಯುತ್ತಿದೆ. ಕೆಂಪು ರಕ್ತ ಕಣಗಳು ತಳ ಸೇರುವಿಕೆಯು ವೈದ್ಯರ ಗಮನವನ್ನು ಬಹು ಕಾಲದಿಂದ ಸೆಳೆದಿದೆ. ಪುರಾತನ ಕಾಲದಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಅದರ ಮಹತ್ವವನ್ನು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದ್ದಿತು. ಪ್ರೋಟೀನ್ ನಾಶದಿಂದ ಹೊರಬಂದ ವಸ್ತುಗಳು ರಕ್ತ ದ್ರವದಲ್ಲಿದ್ದು, ಅವು ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಗಳನ್ನು ಅಸ್ಥಿರಗೊಳಿಸುವುದು ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆಂದು ಅನೇಕ ಪ್ರಯೋಗಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳು ತೋರಿಸಿವೆ. ರಕ್ತರಸದಲ್ಲಿ ಗೋಳಕಿಗಳ ಅಂಶವು ಶ್ವೇತಕಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ. ಅದರ ಫಲವಾಗಿ, ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಗಳು ತಮ್ಮ ಹೊರ ಮೈಯ ನೆಗೆಟೀವ್ ಚಾರ್ಜನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಇದು ಅವುಗಳ ಮೇಲೆ ಪಾಸಿಟಿವ್ ಆದ ಪ್ರೋಟೀನ್‌ಗಳು ಹರಡುವುದೇ ಕಾರಣ. ಈ ರೀತಿಯಿಂದ ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಗಳು ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅಂಟಿಕೊಂಡ ರಕ್ತಕಣಗಳ ಗುಂಪು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ ಅವು ವೇಗವಾಗಿ ತಳ ಸೇರುವುದು ಜರುಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದ್ರವದ ಜಿಗುಟುತನ ಹೆಚ್ಚಿ ಅದೂ ತಳ ಸೇರುವಿಕೆಯ ಕಾರ್ಯ ವೇಗಗೊಳ್ಳಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಸೋವಿಯತ್ ಒಕ್ಕೂಟದಲ್ಲಿ, ರ. ತ. ಸೇ. ಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪಾಂಚೆಂಕೋವ್ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುವುದು.

ಪಾಂಚೆಂಕೋವ್ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಪಾಂಚೆಂಕೋವ್ ಉಪಕರಣದಲ್ಲಿ ಪ್ರನಾಳ ಹಿಡಿಕೆ,

೧ ಮಿ. ಮೀ. ವ್ಯಾಸ ಮತ್ತು ಅದರ ಮೇಲೆ ೦ ರಿಂದ ೧೦೦ ರ ವರೆಗೆ ಗೆರೆಗಳನ್ನು ಬರೆದ ೪ ಪಿಪೆಟ್‌ಗಳು. ಮೊದಲು ೫% ಸೋಡಿಯಂ ಸಿಟ್ರೇಟ್ ದ್ರಾವಕದಿಂದ ತೊಳೆಯಲ್ಪಟ್ಟ ಒಂದು ಪಿಪೆಟ್‌ನ ೫೦ ರ ಗೆರೆಯ ವರೆಗೆ ಅದೇ ದ್ರಾವಕವನ್ನು ತುಂಬ ಬೇಕು. ಅನಂತರ ಅದನ್ನು ಒಂದು ಗಾಜಿನ ಬಟ್ಟಲಿನಲ್ಲಿ ಹರಿಯಬಿಡಬೇಕು. ಬೆರಳಿ ನಿಂದ ರಕ್ತವನ್ನು ಎರಡುಬಾರಿ ಆ ಪಿಪೆಟ್‌ನೊಳಕ್ಕೆ ಅದರ ಮೇಲಿನ ಗುರುತಾದ ೦ ವರೆಗೆ ಎಳೆಯಬೇಕು. ಪ್ರತಿ ಬಾರಿಯೂ ಅದನ್ನು ಮತ್ತೆ ಗಾಜಿನ ಬಟ್ಟಲಿನಲ್ಲಿ ಹರಿಯುವಂತೆ ಮಾಡಿ, ಅಲ್ಲಿರುವ ಸೋಡಿಯಂ ಸಿಟ್ರೇಟ್‌ನೊಡನೆ ಸೇರ್ಪಡೆ ಹೊಂದು ವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಆಗ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಮಿಶ್ರಣವು ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಸೋಡಿಯಂ ಸಿಟ್ರೇಟ್‌ನ್ನು ೧ : ೪ ರ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅನಂತರ ಈ ಸಿಟ್ರೇಟ್ ರಕ್ತವನ್ನು ಪಿಪೆಟ್‌ನಲ್ಲಿ ತುಂಬಿ ನೆಟ್ಟಗೆ ಪ್ರನಾಳ ಹಿಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕು. ೬೦ ನಿಮಿಷಗಳ ತರುವಾಯ ತಳ ಸೇರಿಕೆಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನೋಡಿ ಈ ರೀತಿ ಬರೆದು ಕೊಳ್ಳಬೇಕು : ೬–೮ ಮಿ. ಮೀ.– ಸಾಮಾನ್ಯ; ೮–೧೫ ಮಿ. ಮೀ.– ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚು; ೧೫–೩೦ ಮಿ. ಮೀ– ಮಧ್ಯಮ ಹೆಚ್ಚು ; ೪೦ ಮಿ. ಮೀ. ಗಿಂತ ಮೇಲೆ– ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು.

ವೆಸ್ಟರ್‌ಗ್ರೇನ್‌ರ ವಿಧಾನ : ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ೩ ಮಿ. ಮೀ. ವ್ಯಾಸ ಮತ್ತು ೩೦ ಮಿ. ಮೀ. ಉದ್ದದ ಗಾಜಿನ ಪಿಪೆಟ್‌ಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುವುದು. ೧–೨ ಮಿ. ಲೀ. ರಿಕಾರ್ಡ್ ಸಿರಿಂಜ್‌ನ ೧/೫ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೩–೮% ಸೋಡಿಯಂ ಸಿಟ್ರೇಟ್ ದ್ರಾವಕ ವನ್ನು ತುಂಬಬೇಕು. ಅದನ್ನು ಮಲಿನ ರಕ್ತನಾಳದಿಂದ ರಕ್ತ ತೆಗೆಯಲು ಉಪಯೋ ಗಿಸಲಾಗುವುದು. ಸೋಡಿಯಂ ಸಿಟ್ರೇಟ್‌ನೊಡನೆ ಮಿಶ್ರಗೊಳಿಸಿದ ರಕ್ತವನ್ನು ಸಿರಿಂಜ್‌ನಿಂದ ಒಂದು ಬಟ್ಟಲಿನಲ್ಲಿ ಸುರಿಯಲಾಗುವುದು. ಅದನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಮಿಶ್ರ ಮಾಡಿ, ಪಿಪೆಟ್‌ನ ೨೦ ರ ಗೆರೆಯ ವರೆಗೆ ಎಳೆಯಬೇಕು. ಆ ಪಿಪೆಟ್‌ನ್ನು ಹಿಡಿಕೆ ಯಲ್ಲಿರಿಸಬೇಕು. ಅದರ ತುದಿಯನ್ನು ಮೊದಲೇ ಪ್ಯಾರಾಫಿನ್‌ನಲ್ಲಿ ಅದ್ದಿರಬೇಕು. ಅದನ್ನು ರಬ್ಬರ್‌ನಿಂದ ಮುಚ್ಚಬೇಕು. ನೆಟ್ಟಗೆ ಅದನ್ನು ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ಘಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ನಿಲ್ಲಿಸಿ, ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಗಳು ತಳ ಸೇರಿದ ಗೆರೆಯನ್ನು ಎಣಿಸಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯಕರ ಗಂಡಸಿನಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅದು ೨ ರಿಂದ ೬ ಮಿ. ಮೀ. ಮತ್ತು ಹೆಂಗಸಿನಲ್ಲಿ ೩ ರಿಂದ ೮ ಮಿ. ಮೀ. ಇರುತ್ತದೆ.

ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆ

ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಮಾರ್ಪಾಟುಗಳು : ರೋಗಿಷ್ಠ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ, ಅಲ್ಲಿನ ಚಟು ವಟಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ರ. ತ. ಸೇ. ಅಲ್ಲದೆ, ರಕ್ತರಸದಲ್ಲಿನ ಶ್ವೇತಕದ ಅಂಶಗಳ ನಿರ್ಧಾರವೂ ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಅದು ಜಿನುಗು ಕಾಗದದ ಮೇಲೆ ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆಯ ವಿಧಾನದಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಲ್ಪಡುವುದು.

ವಿದ್ಯುತ್ ಆವರಣದಲ್ಲಿ ಕಲಾಯ್ಡು ಅಂಶಗಳು ಚಲನವಲನಗೊಳ್ಳುವುದೇ ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆ. ಇಲ್ಲಿ ವಿದ್ಯುತ್ ತುಂಬುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ದ್ರವದ ಅಣುಗಳು ಪಾಸಿಟಿವ್ ಚಾರ್ಜನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ. ಈ ತೆರನಾಗಿ ಈ ಕಲಾಯ್ಡು ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಸುತ್ತಣ ದ್ರವದ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಸಂಭಾವ್ಯದ ಬದಲಾವಣೆಯಿರುತ್ತದೆ. ದ್ರವದ ಪರಿಸರವು ವಿದ್ಯುತ್ ಚಲನದ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಒಂದೇ ದ್ರವದಲ್ಲಿನ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪ್ರೋಟೀನ್‌ಗಳು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ವಿದ್ಯುತ್ ಚಲನದ ಚಾರ್ಜ್‌ಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ. ಆದುದರಿಂದ, ಅವುಗಳ ಚಲನೆಯ ವೇಗಗತಿಯು ವಿದ್ಯುತ್ ಆವರಣದಲ್ಲಿ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರೋಟೀನ್ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಮಾಡುವುದೇ ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆಯ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯ. ಜಿನುಗು ಕಾಗದದ ಮೇಲೆ ಉಂಟಾಗುವ ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆಯ ಮೂಲಭೂತ ತತ್ವವೇ ತಟಸ್ಥ ದ್ರವದಲ್ಲಿ ಅದ್ದಿದ ಜಿನುಗು ಕಾಗದವನ್ನು ಎರಡು ಎಲೆಕ್ಟ್ರೋಡುಗಳ ಮಧ್ಯ ಇರಿಸಿದಾಗ ಉಂಟಾಗುವ ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆಯ ಸ್ಥಳಾಂತರವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಜಿನುಗು ಕಾಗದವು ತಟಸ್ಥ ವಸ್ತುವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆ ಕಾಗದ ತುಂಡಿನ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕಾದ ರಕ್ತರಸದ ಒಂದು ಹನಿಯನ್ನು (೦.೦೦೫ ರಿಂದ ೦.೦೧ ಮಿ. ಲೀ.) ಇಡಲಾಗುವುದು. ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆಯನ್ನು ತಟಸ್ಥ ದ್ರವದಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಆ ದ್ರವದ ಅಯೋನ್ ಶಕ್ತಿ ೦.೧ ಮತ್ತು ಪಿಎಚ್. = ೮.೬. ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆಗೆ ಕೊಡ ಮಾಡಿದ ಸಮಯ (೪ ರಿಂದ ೧೮ ಘಂಟೆಗಳು) ವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ, ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ೧೨೦ ರಿಂದ ೩೦೦ ಎ. ವೋಲ್ಟೇಜ್‌ನ ನೇರ ವಿದ್ಯುತ್‌ನಿಂದ ಮಾಡಲಾಗುವುದು.

ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಮುಗಿದ ನಂತರ, ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆಯ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ೧೫ ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ ಒಣಗಿಸುವ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಬಿಡಬೇಕು. ಅಲ್ಲಿ ಪ್ರೋಟೀನುಗಳು ಕರಣೆಗೊಂಡು ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅನಂತರ ಅವುಗಳಿಗೆ ವಿಶಿಷ್ಟ ಬಣ್ಣಗಳಿಂದ (ಬ್ರೋಮ್ ಫೀನಾಲ್ ನೀಲಿ, ಅಮೈಡೋ ಕಪ್ಪು, ಮುಂತಾದ) ಬಣ್ಣ ಕೊಡಬಹುದು. ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪ್ರೋಟೀನ್ ಅಂಶಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆಯ ಚಿತ್ರ ಎದ್ದು ಕಾಣುವ ಕಲೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಬಣ್ಣ ಕೊಟ್ಟ ಮೇಲೆ, ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಬಣ್ಣಮಾಪಕದಲ್ಲಿಡಲಾಗುವುದು. ಪ್ರೋಟೀನಿಗೆ ಸೇರಿಕೊಂಡ ಬಣ್ಣದ ಪ್ರಮಾಣವೇ ಪ್ರೋಟೀನಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆಯಿಂದ ಮಾನವ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ೫ ತೆರನಾದ ಪ್ರೋಟೀನ್ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಶ್ವೇತಕಗಳು, α_1 ಆಲ್ಫಾ ೧, α_2 ಆಲ್ಫಾ ೨ ಮತ್ತು β ಬೀಟಾ ಮತ್ತು γ ಗಾಮಾ ಗೋಲಕಿಗಳು. ತೀವ್ರ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರುವ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಹೆಚ್ಚು

ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಶ್ವೇತಕದ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆ ಮತ್ತು ವಿನಾಶದ ಹಂತಗಳು ಪ್ರೋಟೀನ್ ಚಿತ್ರಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿ ಆಲ್ಫಾ ೨ ಗೋಳಕಿಗಳೂ ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತವೆ. ತುಂಬಾ ತೀಕ್ಷ್ಣ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಆಲ್ಫಾ ೧ ಗೋಳಕಿಗಳೂ ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತವೆ. ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಸಾಗುತ್ತಿರುವ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಗಾಮಾ ಗೋಳಕಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತವೆ. ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯು ನಿಲುಗಡೆಯಾದಾಗ, ಆಲ್ಫಾ ಗೋಳಕಿಗಳು ಅನಂತರ ಗಾಮಾ ಗೋಳಕಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಇಳಿಮುಖವಾಗಿ, ಶ್ವೇತಕ ಗೋಳಕಿ ಅಂಶಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ರಕ್ತರಸದಲ್ಲಿನ ಒಟ್ಟು ಪ್ರೋಟೀನ್ ಸಾಮಾನ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದಿಲ್ಲ. ತುಂಬಾ ತೀವ್ರವಾದಾಗ, ಅದೂ ಕೊನೆಗಾಲದಲ್ಲಿ ಪ್ರೋಟೀನ್ ಪ್ರಮಾಣ ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು.

ಮೂತ್ರ

ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲೂ ಮೂತ್ರದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದು ಅತ್ಯವಶ್ಯಕ. ಅನುಮಾನಾಸ್ಪದ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಜೀವಾಣುಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಯೊಡನೆ, ಮೂತ್ರದ ರಸಾಯನ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮತ್ತು ತಳ ಸೇರಿದ ಅಂಶಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು.

ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯು ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗ ಇಲ್ಲವೆ ಮೂತ್ರಕನಾಳದಲ್ಲಿ, ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯ ಸೂಚನೆಯಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯಕರ ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗವನ್ನು ಭೇದಿಸುವುದು ಕ್ಷಯಾಣುವಿನಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿಯಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಕ್ಷಯವುಂಟಾದಾಗ ಕೀವಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ಮೂತ್ರದ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ವ್ರಣದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿನ ರಕ್ತಕಣಗಳು ಮತ್ತು ಮೂತ್ರದ ವಸ್ತುಗಳು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ವ್ರಣವು ಇರುವ ಭಾಗವನ್ನು ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದಿಂದ ಹೊರಹೊಮ್ಮುವ ಮೂತ್ರಕನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ನಳಿಕೆಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಹೊರದೆಗೆದ ಮೂತ್ರದ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ವಿಧಾನ : ಗಿರಗಟೆಯ ಮೂಲಕ ತಳ ಸೇರಿದ ಮೂತ್ರದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಾಜಿನ ಫಲಕದ ಮೇಲೆ ಹರಡಿ, ಒಣಗಿಸಿ ಅದಕ್ಕಂಟಿಸಬೇಕು. ಅದಕ್ಕೆ ಸ್ಪೆಂಗ್ಲರ್ ಅಥವಾ ಝೀಲ್ ನೀಲ್ಸನ್‌ರ ವಿಧಾನದಿಂದ ಬಣ್ಣ ಕೊಟ್ಟು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ನೋಡಬೇಕು. ಅಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗೋಚರವಾಗದಿದ್ದರೆ ಫಾನರ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತಳಿ ಮಾಡಬೇಕು. ಇಡೀ ದಿನ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ, ಅದರಲ್ಲಿ ತಳ ಸೇರಿದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ತಳಿ ಮಾಡಲು ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು.

ಮಲ

ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರುವ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳು ಯಾವುದೇ ಜೀರ್ಣನಾಳದ ವ್ರಣವನ್ನು ಹೊಂದಿರದಿದ್ದರೂ, ಕಫವನ್ನು ನುಂಗುವುದರಿಂದಾಗಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಮಲದಲ್ಲಿ ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಜೀರ್ಣ ರಸದ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೂ ಮಣಿಯದ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಪಡೆದಿರುವುದು ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ಅಂಶವಾಗಿರುವುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು.

ಕರುಳಿನ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ಮಲದಲ್ಲಿ ಕೀವು ಮತ್ತು ರಕ್ತವಿರುವುದು ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮೂರು ದಿನಗಳ ಕಾಲ ರಕ್ತವರ್ಣವಿಲ್ಲದ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿದ ನಂತರ ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ವಿಧಾನ : ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಗಾದ ವಸ್ತುವನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಭಟ್ಟಿಯಿಳಿಸಿದ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಮಿಶ್ರಗೊಳಿಸಿ, ಗಿರಗಟೆಯಲ್ಲಿ ತಿರುಗಿಸಬೇಕು. ಗಿರಗಟೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಳಗೆ ಕುಳಿತ ವಸ್ತುವಿನೊಡನೆ ಅದೇ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ೯೫% ಮದ್ಯಸಾರವನ್ನು ಸೇರಿಸಿ, ಗಿಣ್ಣಗೊಳಿಸಿ ಹೆಚ್ಚು ವೇಗದಿಂದ ೧೫ ನಿಮಿಷ ಕಾಲ ಮತ್ತೆ ಗಿರಗಟೆಯಾಡಿಸಬೇಕು. ತಳಕ್ಕೆ ಕುಳಿತ ವಸ್ತುವನ್ನು ಹರಡಿ, ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿನ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಬಣ್ಣ ಕೊಡಬೇಕು ಇಲ್ಲವೆ ತಳಿ ಮಾಡಬೇಕು.

ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚರ್ಮಪರೀಕ್ಷೆ

ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಉತ್ತರ ದೊರೆತರೆ ಅದು ಹಿಂದೆ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಸೋಂಕು ತಗಲಿದುದರ ಗುರುತು. ಮೇಲಾಗಿ ಅಂತಹ ಉತ್ತರವು ಈಗ ದೇಹದಲ್ಲಿರುವ ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿಯೂ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಎರಡು ಅಥವಾ ಮೂರು ವರುಷದ ವರೆಗೆ ಪಾಸಿಟಿವ್ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರುವ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಕಾಕ್‌ನ ಹಳೆಯ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ (ಒ. ಟಿ.) ಯು ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ತಳಿಯಿಂದ ಹೊರತೆಗೆದ ಗ್ಲಿಸರೀನ್ ಸಾರ. ಗ್ಲಿಸರೀನ್ ಸಾರವಾದ ಒ. ಟಿ. ಯಲ್ಲದೆ, ಇಂದು ಒಣಗಿಸಿ, ಪರಿಶುದ್ಧವಾದ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಸಪ– ಪರಿಶುದ್ಧ ಪ್ರೋಟೀನ್‌ನಿಂದ ಉದ್ಭವಿತ– ಪಿ. ಪಿ. ಡಿ.– ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ (ಅನ್ನಿಕೋವಾ, ಝೆಲ್ಬರ್). ಕ್ಷಯಾಣು

ಗಳನ್ನು ಕೃತಕಸಾರದ್ರವ್ಯದ ಮೇಲೆ ತಳಿ ಮಾಡಿ, ಅದನ್ನು ಅತಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಶೋಧಿಸಿ ಪಿ. ಪಿ. ಡಿ. ಯನ್ನು ತಯಾರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಶೋಧಿಸಿದ ವಸ್ತುವನ್ನು ಟ್ರೈಕ್ಲೋರ್ ಅಸಿಟಿಕ್ ಆಮ್ಲದಿಂದ ಕರಣೆಗೊಳಿಸಿ, ಗಾಳಿಯಿಲ್ಲದೆ ಶೈತ್ಯೀಕರಣ ಗೊಳಿಸಲಾಗುವುದು.

ರೋಗದ ಸೋಂಕನ್ನು ಹೊಂದದ ಪ್ರಾಣಿ ಮತ್ತು ಮನುಷ್ಯರಲ್ಲಿ ಟುಬರ್ ಕುಲಿನನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚಿದರೂ ಯಾವುದೇ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ತೋರಿ ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ರೋಗ ಹೊಂದಿದ ಅಥವಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸೋಂಕು ಹೊಂದಿದ ಮಗು ಅಥವಾ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಆದನ್ನು ಚರ್ಮದಡಿ ಸೇರಿಸಿದಾಗ ಅದು ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಲ್ಲದು : (೧) ಚುಚ್ಚಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ; (೨) ದೇಹಾ ದ್ಯಂತ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ (ಜ್ವರ, ಸುಸ್ತು) ಮತ್ತು (೩) ವ್ರಣದ ಬಳಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ– ಹೆಚ್ಚು ಕಫ ಮತ್ತು ಶೀತ ಸ್ರಾವದ ಲಕ್ಷಣಗಳು. ಶ್ವಾಸಕೋಶವಲ್ಲದ ಇತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ– ಉದಾ : ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕೀಲಿನ ಕ್ಷಯ– ಕೀಲಿನಲ್ಲಿ ಊತ ತೋರಿ ಕೆಂಪಾಗುವುದು. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಬೆವರಿಕೆ ತೋರಿಬರುವುದು. ೦.೦೦೦೦೨೮ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಪಿ. ಪಿ. ಡಿ. ಯನ್ನು ಚರ್ಮದ ಕೆಳಗೆ, ೦.೦೧ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಒ. ಟಿ. ಯಂತೆ ಚುಚ್ಚಿದಾಗ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಶೇಕಡಾ ೯೦ ರಷ್ಟು ಜನರು ಯಾವುದೇ ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದೆ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಾರೆ.

ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಪಡೆದ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಮಾರ್ಪಾಡು ಗಳು ಅನೇಕ ತೆರನಾಗಿವೆ. ಮೊದಲು ಪಿರ್ಕೆ ಚರ್ಮಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸೋಣ. ಮೊದಲು ಪಿರ್ಕೆ ಕೊಡಮಾಡಿದ ಸೂಚನೆಗಳು ಹೀಗಿದ್ದವು : ಮುಂಗೈ ಚರ್ಮವನ್ನು ಆರಳೆಯಿಂದ ತಿಕ್ಕಿ ಒರಸಬೇಕು. ಅನಂತರ ಹನುಕ ಅಥವಾ ಗಾಜಿನ ಕಡ್ಡಿಗಳ ಸಹಾಯದಿಂದ ಎರಡು ಹನಿ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನನ್ನು ೧೦ ಮಿ. ಮೀ. ದೂರದಲ್ಲಿ ಇರಿಸ ಬೇಕು. ಆ ಹನಿಗಳ ಮಧ್ಯ ಚಿಕ್ಕ ಗಾಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡಬೇಕು. ಅದನ್ನು ಮಾಡಲು ಮೊದಲು ದೀಪಜ್ವಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಸಿದ ಪ್ಲಾಟಿನಂ ತುದಿಯನ್ನು ಬಳಸ ಬೇಕು. ಈ ಕಲೆಯು ಹೋಲಿಕೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಸ್ಥಳವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದೇ ಆಯುಧ ದಿಂದ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಹನಿಗಳ ಮೇಲೆ ಗಾಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡಬೇಕು.

ಇಂದು ಬಳಸುವ ಹಂತ ಹಂತವಾದ ಪಿರ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಈ ತೆರನಾಗಿದೆ. ಮುಂಗೈ ಚರ್ಮವನ್ನು ಈಥರ್‌ನಿಂದ ಒರೆಸಿ, ಆ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ೧೦೦, ೨೫, ೫ ಮತ್ತು ೧% ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಹನಿಗಳು ಮತ್ತು ಒಂದು ಹನಿ ೦.೨೫% ಲೈಸಾಲ್ (ಹೋಲಿಕೆಗೆ) ಅನ್ನು ಇರಿಸಿ, ಅವುಗಳ ಮೂಲಕ ಚಾಕುವಿನಿಂದ ಮೇಲುಗಾಯವನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು

(ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಕಡೆ). ರಕ್ತವು ಹೊರಬರದಂತೆ ಅದನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು.

೨೪ ರಿಂದ ೪೮ ಘಂಟೆಗಳ ತರುವಾಯ, ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಉಂಟಾದ ಕಡೆ ಸುತ್ತಲೂ ಕೆಂಪಾಗಿರುವ ಚರ್ಮಗಂಟು ಗಾಯ ಮಾಡಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಹೋಲಿಕೆಗೆ ಮಾಡಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಯಾವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ಚಿಹ್ನೆಯೂ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಪಿರ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ನಕಾರಾತ್ಮಕವಾದರೆ (ಗಂಟು ೫ ಮಿ.ಮೀ. ಗಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಿದ್ದಾಗ) ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿಯಾದ ಚರ್ಮದೊಳಗಿನ ಮಾಂಟೂ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುವುದು. * ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ಸಮಾನಾಂತರವಾಗಿ, ಭುಜದ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಸೂಜಿಯೊಂದನ್ನು ೧ ಮಿ. ಮೀ. ಒಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಬೇಕು. ಅಲ್ಲಿ ೦.೧ ಮಿ. ಲೀ. ಒ. ಟಿ. ಯನ್ನು ೧ : ೧೦,೦೦೦ ಅಳ್ಳಕದಲ್ಲಿ ಒಳಕ್ಕೆ ಚುಚ್ಚಲಾಗುವುದು (ಮಾಂಟೂ ೪). ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಉತ್ತರ ದೊರೆತರೆ, ಎರಡು ದಿನಗಳ ನಂತರ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ–೧ : ೧೦೦ ರ ವರೆಗೆ (ಮಾಂಟೂ ೨) ಚುಚ್ಚಲಾಗುವುದು. ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವುದರಲ್ಲಿ, ಚುಚ್ಚಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಗಂಟು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ೮ ಘಂಟೆಯೊಳಗೇ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಲು ಕೆಂಪಾಗಿ, ಗಂಟು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಗುಳ್ಳೆಯುಂಟಾಗಬಹುದು. ೪೮ ಘಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ತನ್ನ ಪರಾಕಾಷ್ಠೆಯನ್ನು ತಲುಪುತ್ತದೆ. ಜ್ವರ ಮತ್ತು ಸ್ಥೀಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಬಾವು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ.

ಚರ್ಮದಡಿ ಕೊಡುವ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ವಿಶಿಷ್ಟ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಜ್ವರವಿಲ್ಲದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ಹೃದಯ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ನರದೌರ್ಬಲ್ಯ ಹೊಂದಿರುವವರಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಬಳಸಬಾರದು.

ಕಾಕ್‌ನು ೦.೧–೧.೫–೧೦ ಮಿ.ಗ್ರಾಂ. ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನನ್ನು ಚರ್ಮದಡಿ ಚುಚ್ಚಿದನು. ಹೆಚ್ಚು ಲೇಖಕರು ಮೊದಲಿನ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್‌ನ್ನು ೦.೧ ಮಿ. ಮೀ. ನಿಂದ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲಿ ಯಾವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಗೋಚರಿಸದಿದ್ದರೆ, ೪೮ ಘಂಟೆಗಳೊಳಗೆ ಮುಂದಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚಲಾಗುವುದು. ಆಗಲೂ ಯಾವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಗೋಚರಿಸದಿದ್ದರೆ, ಕ್ಷಯದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ತೆಗೆದುಹಾಕಬಹುದು. ಲೇಖಕನು

---

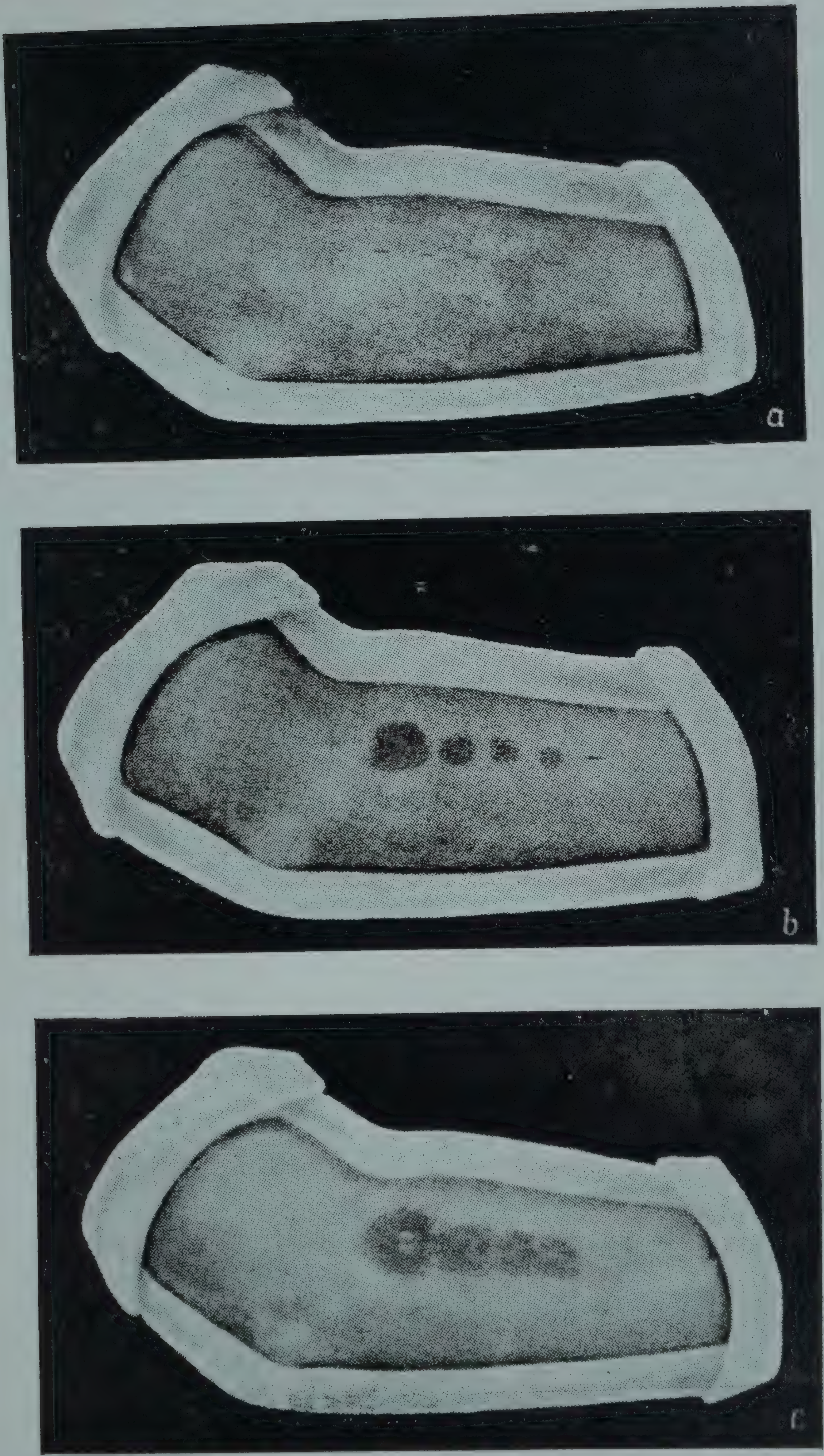
* ಮಾಂಟೂನ ಮೊದಲ ಸೂಚನೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನನ್ನು (ಒ. ಟಿ) ಚರ್ಮದೊಳಗೆ ೧ : ೫,೦೦೦ ಅಳ್ಳಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಬಹುದಾಗಿದ್ದಿತು. ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಉತ್ತರ ದೊರೆತಾಗ ಪುನರಪಿ ಇಂಜಕ್ಷನ್‌ನ್ನು ೧ : ೧೦೦೦, ಅನಂತರ ೧ : ೧೦೦ ಅಳ್ಳಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕೊಡುವುದಾಗಿದ್ದಿತು.

ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಕ್ವಚಿತ್ತಾಗಿ ಬಳಸುತ್ತಾನೆ. ಅದನ್ನು ತುಂಬಾ ಚಾಣಾಕ್ಷನಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಕನು ಮಾತ್ರ ಬಳಸಬಹುದೆಂದು ಲೇಖಕನ ಅಭಿಮತ. ಪಾಸಿಟಿವ್ ಪರಿಣಾಮ ವಿದ್ದಾಗ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಚುಚ್ಚಿದ ಕಡೆ ಲಕ್ಷಣಗಳು ತೋರಿಬರಬಹುದು. ೦.೫ ಡಿಗ್ರಿಯಷ್ಟು ಏರುವ ಉಷ್ಣತೆಯನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಾರದು. ಉಷ್ಣತೆಯು ೧೦ ಘಂಟೆಗಳ ಅನಂತರ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳ ನಂತರ ಹೆಚ್ಚಬಹುದು (ನಿಧಾನ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ).

ಚರ್ಮದ ಕೆಳಗೆ ಮಾಡಿದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಪರಿಣಾಮದ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಿದೆ. ಆದರೂ ಅದು ಪರಿಶೀಲನೆಯಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಕೆಲವು ಲೇಖಕರು ಎರಡು ಮೂರಾಂಶ ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಕಂಡಿದ್ದರೂ (ರಾಂಬರ್ಗ್), ಇತರರು ೧೨೦ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ೧೦ ರಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ನೋಡಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಕೆಲವರು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಗೋಚರಿಸಿದಾಗಲೂ ಅದನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅನುಮಾನಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದಡಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಸೂಕ್ತವಲ್ಲವೆಂದು ನಮ್ಮ ಭಾವನೆ.

೦.೧ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಒ. ಟಿ. ಯನ್ನು ಬಳಸಿ ಚರ್ಮದೊಳಗೆ ಅಥವಾ ಚರ್ಮದಡಿ ಮಾಡಿದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ಕೈಕೊಂಡ ವಿಧಾನಗಳಿಗಿಂತ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ೧೦೦ ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದುದರಿಂದ, ಚರ್ಮದ ಕೆಳಗಿನ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿಲ್ಲ. ಹ್ಯಾಂಬರ್ಗರ್ ಪ್ರಕಾರ. ಪಾಸಿಟಿವ್ ಆದ ಪಿರ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಚರ್ಮದೊಳಗೆ ಕೊಡ ಮಾಡಿದ ೦.೦೧ ರಿಂದ ೦.೦೦೧ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಒ. ಟಿ. ಗೆ ಸಮಾನಾಂತರವಾಗಿವೆ. ಲೇಖಕನ ಪರಿಶೀಲನೆಯ ಪ್ರಕಾರ ನೂರಕ್ಕೆ ೫೦ ರಷ್ಟು ವಯಸ್ಕ ರೋಗಿಗಳು ಪಿರ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅನಂತರ ೦.೧ ರಿಂದ ೧ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಒ. ಟಿ. ಯನ್ನು ಬಳಸಿ ಮಾಡುವ ಚರ್ಮದೊಳಗಿನ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಶೇಕಡಾ ವಾರು ೯೮ ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ. ಈ ವಿಷಯದ ಮೇಲಿನ ಸಾಹಿತ್ಯವು ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ತೋರ್ಪಟ್ಟಾಗ ಅದು ರೋಗದ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವುದಾಗಿ ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್‌ಗೆ ಯಾವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಆದರೆ ಬಿ. ಸಿ. ಜಿ. ಯನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕೊಡಮಾಡಿದಾಗ ಕಾಕ್ ತೆರನಾದ ಚರ್ಮ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯು ಕೆಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ.



ಚಿತ್ರ ೩೧ : ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೆಚ್ಚುವರಿಗೊಳಿಸುತ್ತ ಮಾಡಿದ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ
(ಎ) ನಕಾರಾತ್ಮಕ; (ಬಿ) ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ತೋರ್ಪಡಿಸಿರುವ; (ಸಿ) ತೀವ್ರತರನಾಗಿ ತೋರ್ಪಡಿಸಿರುವ

ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಕ್ಷಯದ ವಿರುದ್ಧ ಸೆಣೆಸುವ ಶಕ್ತಿ ಹೊಂದಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಬಹುದು.

ಪ್ಯಾಚ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಸುಲಭವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅದನ್ನು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮೊದಲು ಚರ್ಮವನ್ನು ಈಥರ್‌ನಿಂದ ಒರೆಸದೆ. ಫ್ರೆಸೆನಿಯಸ್ ಪ್ಲಾಸ್ಟರ್ ಪಟ್ಟಿಯೊಂದನ್ನು ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಬೇಕು. ಆ ಪಟ್ಟಿಯ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಸೆಲ್ಲೋಫೇನ್ ಮೇಲೆ ಸೂಜಿ ಮೊನೆ ಗಾತ್ರದ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಹನಿಗಳು ಇರುತ್ತವೆ. ಆ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ೪೮ ಘಂಟೆಗಳ ತರುವಾಯ ತೆಗೆದುಹಾಕಲಾಗುವುದು. ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಮಾಯವಾದ ೩–೪ ದಿನಗಳ ನಂತರ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಓದಬೇಕು.

ರೋಗದ ಯಾವ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದಿದ್ದಾಗಲೂ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈಗ ಆರೋಗ್ಯಕರನಾಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲೂ ಆ ರೀತಿಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಅವನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸೋಂಕನ್ನು ಬಹಳ ವರುಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಬಹಳ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿಯೇ ಹೊಂದಿದವನಾಗಿದ್ದು ಅದು ಸಹವಾಸಿಗಳ ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ಬಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ :ಅದರಲ್ಲೂ ಎಳೆಯರಿದ್ದಾಗ, ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವ. ಮೊಲೆ ಬಿಡಿಸದ ಎಳೆಯನು ಪಿರ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿದಾಗ, ರೋಗದ ಸೋಂಕು ತಗುಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯವು ಮಾತ್ರ ಕಳೆದಿದೆಯೆಂದು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಕೆಲವು ಕಡೆ ಅನುಭವಸ್ಥ ಮಕ್ಕಳ ತಜ್ಞ ಸ್ಥಳೀಯ ವ್ರಣದ (ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ) ನಿಶ್ಚಿತ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಕೂಡಲೇ ಗುರುತಿಸುತ್ತಾನೆ (ಎದೆ ಚಿತ್ರದಿಂದ).

ವಯಸ್ಸಾದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಪಿರ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ರೋಗ ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟು ಮಹತ್ವವಿಲ್ಲ. ವಯಸ್ಸಾದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ, ದೊಡ್ಡವರಂತೆ, ದೈಹಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಅದು ಸೋಂಕು ಹೊಂದಿದುದನ್ನು ಮಾತ್ರ ತಿಳಿಸುವುದೇ ವಿನಹ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನಲ್ಲ. ೧೪ ರಿಂದ ೧೫ ವರುಷ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ, ಸೋಂಕಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡಾ ೩೦ ರಿಂದ ೪೦ ನ್ನು ತಲುಪುತ್ತದೆ. ಒಂದು ವರುಷ ವರೆಗಿನ ಎಳೆಯರಲ್ಲಿ ಅದು ಶೂನ್ಯದಿಂದ ೩% ವರೆಗಿರುತ್ತದೆ.

ರೋಗದ ಸೋಂಕನ್ನು ತಿಳಿಯುವಾಗ, ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಮಾಡಿದ ನಂತರ ಬೆಳೆಯುವ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಏಕೆಂದರೆ ಅದು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

ಎಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸಾದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿದರೆ ಅದು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಆದಿಯೆಂದು

ತಿಳಿಯಬೇಕು. ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೊದಲಿನ ಸಮಯವು ಸುಮಾರು ೩ ರಿಂದ ೮ ವಾರಗಳ ತನಕ ಇರುತ್ತದೆ.

ಈ ಅವಧಿಯನ್ನು ಕ್ಷಯರೋಗವು ಹುದುಗಿ ಕುಳಿತ ಕಾಲವೆಂದು ತಿಳಿಯಬೇಕು. ಆ ಅವಧಿಯು ಒಳಸೇರಿದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ದೇಹಾದ್ಯಂತ ಹರಡಿಹೋದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಯಾವುದೇ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಚಿಹ್ನೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅನಂತರ ಮೊದಲು ವಿವರಿಸಿದ ಪುಪ್ಪುಸಗ್ರಂಥಿಯ ಸಂಕೀರ್ಣವು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿ, ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ತೋರಿಸಬಹುದಾದ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ.

ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದಂತೆ ಪಿರ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯಕರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಮತ್ತು ಖಾಹಿಲೆ ಬಿದ್ದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ಮಾರ್ಪಾಟು ಗೋಚರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅಂದರೆ ಮೊದಲು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸದ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವಂತಾದಾಗಿನ ಸಮಯಕ್ಕೆ ವಿಶಿಷ್ಟ ಮಹತ್ವವಿದೆ. ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ವಯಸ್ಕರು ಈ ರೀತಿಯ ಮಾರ್ಪಾಟನ್ನು ತೋರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಅದು ಕ್ಷಯದ ನಿರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ, ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಮಾರ್ಪಾಟನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ವಿಶಿಷ್ಟ ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಅಗತ್ಯ. ಅವರಿಗೆ ಯೋಗ್ಯ ತೆರನಾದ ದೈಹಿಕ ವ್ಯಾಯಾಮ ಬೇಕು. ಕೆಲವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂತ್ರಗಳ ಪಾಲನೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಅಗತ್ಯ. ಇನ್ನು ಕೆಲವರಿಗೆ ಐ. ಎನ್. ಎಚ್. ರಸಾಯನ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನಿರೋಧಕವಾಗಿ ಕೊಡಬೇಕು.

ಇನ್ನು ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಮಾರ್ಪಾಟು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಸನ್ನಿವೇಶವು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿ. ಒ. ಎನ್. ಮಹಿಳೆ, ವಯಸ್ಸು ೧೫. ಮನೆತನದಲ್ಲಿ ಯಾರಿಗೂ ಕ್ಷಯವಿಲ್ಲ. ಪದೇ ಪದೇ ಮಾಡಿದ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ನಕಾರಾತ್ಮಕ (ಕಳೆದ ಬಾರಿ ಮಾಡಿದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಜನವರಿ ೧, ೧೯೪೮ ರಲ್ಲಿ).

ರೋಗವು ಎಪ್ರಿಲ್ ೧೩, ೧೯೪೮ ರಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತು. ಜ್ವರದ ಏರುಪೇರು ೩೭.೧ ರಿಂದ ೩೯° ಸೆಂ. ವರೆಗೆ, ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ಆಲಸ್ಯ, ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆ, ರಕ್ತ : ರಕ್ತವರ್ಣ ೫೮%, ಕೆಂಪು ಕಣಗಳು ೩.೫೦೦,೦೦೦. ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ೧೦,೦೦೦.

ಕೆಂದು ಕಣಗಳು ೧%. ಪಟ್ಟಿ ಕಣಗಳು ೧೫.೫%. ಗಂಟುಕಣಗಳು ೫೧%, ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ೨೮%, ಒಂಜೀವ ಕಣಗಳು ೪.೫%, ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೬೦ ಮಿ. ಮೀ. ಪುಪ್ಪುಸದ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು (ಕೆಮ್ಮು. ಸ್ರಾವ) ಇಲ್ಲ. ಈ ಚಿತ್ರವು ವಿಸ್ತೃತ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಅನುವಳಿಕೆಗೊಂಡ ಗಂಟುಗಳೊಂದಿಗೆ (ಪಿರ್ಕೆ) ಪ್ರಕಟಿಸಿತು (ಚಿತ್ರ ೩೧). ಎದೆ ಚಿತ್ರವು (ಎಪ್ರಿಲ್ ೨೦, ೧೯೪೮) ಬಲಗಡೆ ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿ ಎರಡು ವ್ರಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಿತು (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣ, ಎರಡು ಧ್ರುವದ ಹಂತ).

ಇದು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ರೂಢಿಯಲ್ಲಿನ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸಲಿಲ್ಲ. ಪಿರ್ಕೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ತೀವ್ರತೆಯು ಹೆಚ್ಚು ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡು ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆ ತೋರಿಸುವವರಲ್ಲಿ ಯಾವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯೂ ಇಲ್ಲದಿರಬಹುದು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸೋಂಕಿನ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅದು ತೀವ್ರತೆರನಾದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಬಹುದು. ರೋಗದ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ಕೊಡಮಾಡಿದ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಸಹಾಯಕ.

ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ಗೊಬ್ಬರ, ಇನ್ಫ್ಲುಯೆಂಜಾ ಮೊದಲಾದ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರದಿರಬಹುದು. ರೋಗವು ಉಲ್ಬಣಿಸಿ ನಂಜಿನ ವಸ್ತುಗಳು ವಿಪುಲವಾಗಿ ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆಯುಂಟಾದಾಗಲೂ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಪತನಗೊಳ್ಳುತ್ತ ಸಾಗಿರುವುದನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರಸಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಪ್ರಭಾವಹೀನವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬಳಸುವುದು ಎಷ್ಟೂ ಸಲ್ಲದು. ಪಿರ್ಕೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದ ಆ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ, ದೇಹದಾದ್ಯಂತ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಹರಡಿರುತ್ತದೆ. ಪುನಃ ಅದನ್ನೇ ಒಳಸೇರಿಸುವುದು ಅರ್ಥಹೀನ.

ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಇನ್ನೂ ಸೋಂಕು ಪಡೆಯದವರಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಲೇಖಕರ ಪ್ರಕಾರ ಅದು ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ವಿಪುಲವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿದಾಗ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಆಗ ಕೊಡಮಾಡಿದ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಯಾವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನೂ ತೋರ್ಪಡಿಸದೆ ನಾಶ ಹೊಂದುತ್ತದೆ.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೬

ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರದೇಶವನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಕ್ಷಯದ ವರ್ಗೀಕರಣ

ವಿಪುಲವಾಗಿ ಅಂಗರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಸಂಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಅಂಗರಚನೆಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಬಂದ ವಿಕೃತಿಗಳು ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನನುಸರಿಸಿ ಮಾಡಲಾದ ಕ್ಷಯರೋಗದ ವರ್ಗೀಕರಣವನ್ನು ಯು.ಎಸ್.ಎಸ್.ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಎದೆಯ ಚಿತ್ರ ಮತ್ತು ರೋಗಿಷ್ಠ ಅಂಗಭಾಗಗಳ ಸಮಾನಂತರ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಿ ದೊರಕಿಸಿದ ಅಂಶಗಳ ತುಲನಾತ್ಮಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯು ಅದರ ನಾಮಕರಣದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಿದೆ. ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅದು ಮಾಯ್ದು ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವಾಗ ದೊರಕುವ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಚಿತ್ರಗಳೊಡನೆ ಸಂಬಂಧವನ್ನೇರ್ಪಡಿಸುವ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಇದು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಆಸ್ಪದವನ್ನೀಯುವುದರಿಂದ ಅದಕ್ಕೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ವಿಶಿಷ್ಟ ಮಾನ್ಯತೆ ದೊರೆತಿದೆಯಾದುದರಿಂದ, ೧೯೪೮ ರಲ್ಲಿ * ಜರುಗಿದ ೫ ನೇ ಸೋವಿಯತ್ ಕ್ಷಯರೋಗ ತಜ್ಞರ ಸಮ್ಮೇಳನದಲ್ಲಿ ಸ್ವೀಕಾರ ಮಾಡಿದ ವರ್ಗೀಕರಣದಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯಕ್ಕೆ ಆದ್ಯ ಗಮನವನ್ನು ಕೊಡಲಾಯಿತು. ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರಗಿನ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯಕ್ಕೂ ಅದರಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಗಮನವನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿದೆ.

ಇಂದು ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವ ವರ್ಗೀಕರಣವು ಹೊಸ ವಿಷಯುಗಳು ಸಂಗ್ರಹಗೊಂಡಂತೆ ಬದಲುಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆಯಾದರೂ, ಕ್ಷಯರೋಗವು ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುವ ವಿವಿಧ ರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ಗೋಚರವಾಗುವ ಮೂಲಭೂತ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಹಾಗೆಯೇ ಉಳಿಯುವುದರಲ್ಲಿ ಯಾವ ಸಂಶಯವೂ ಇಲ್ಲ.

ಈ ತೆರನಾದ ವರ್ಗೀಕರಣವು ರೋಗಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಗೋಚರಿಸುವ ರೋಗದ ವಿವಿಧ ರೂಪಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ರೋಗದ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಸ್ಥೂಲ ರೂಪಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಪ್ರದೇಶ,

---

* ಇದರ ಮೂಲ ರೂಪವನ್ನು ಪ್ರೊ. ಎ. ವೈ. ಸ್ಟರ್ನ್‌ಬರ್ಗ್ ರಚಿಸಿದ್ದು ಅದು ೧೯೩೭ ರಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಎರಡನೇ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕ್ಷಯ ನಿರೋಧಕ ಸಮ್ಮೇಳನದಲ್ಲಿ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆಯಿತು.

ಅದರ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ (ಎ : ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ, ಬಿ : ಅಂಶತಃ, ಸಿ : ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಿಲ್ಲದ) ಮತ್ತು ಜೀವಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ರೋಗದ ವಿವಿಧ ರೂಪಗಳನ್ನು (ಹರಡಿಕೆ, ಛಿದ್ರಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ, ಹೀರಿಕೆ, ಗಟ್ಟಿಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ) ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಂಪೂರ್ಣ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾದಾಗ ವಿವಿಧ ಅಂಗಗಳ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲದೆ ದೈಹಿಕ ಉಷ್ಣತೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತದ ಚಿತ್ರ ಸಹ ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂತಿರುಗುವುದು. ಅಂಶತಃ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾದಾಗ ರೋಗಿಯು ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ಜ್ವರವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತಾನಲ್ಲದೆ, ಸುಸ್ತು, ಆಲಸ್ಯತನ, ಕೊಳವೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಗಳು ತಳಸೇರುವಿಕೆಯು ವೇಗಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಬಹುರೂಪೀ ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ಎಡಕ್ಕೆ ಸ್ಥಳಾಂತರಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ತಕ್ಕಮಟ್ಟಿಗೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ ಜ್ವರದ ಲಕ್ಷಣಗಳಾದ ಏರಿದ ದೈಹಿಕ ಉಷ್ಣತೆ, ಬೆವರುವಿಕೆ, ಆಹಾರದ ಮೇಲೆ ಬಯಕೆಯಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ.

ಈ ಎಲ್ಲ ಗುಣವಿಶೇಷಗಳನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ವರ್ಗೀಕರಣದಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಸೇರ್ಪಡೆ ಮತ್ತು ತಿದ್ದುಪಡಿಗಳ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೂ, ಅದು ರೋಗವನ್ನು ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸುವಾಗ ಮತ್ತು ಔಷಧಾಲಯಗಳಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಹಿಂಬಾಲಿಸುವಾಗ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಿದ್ದು, ಇಂದಿಗೂ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ.

ಎ. ಶ್ವಾಸಕೋಶ

ವಿಧಗಳು

೧. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣ
೨. ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಕ್ಷಯ
೩. ತೀವ್ರತರ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ
೪. ನಿಧಾನ ಗತಿಯ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಅದರ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆ
೫. ಪರಿಮಿತ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ
೬. ಹಬ್ಬುತ್ತಿರುವ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ
೭. ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿತ
೮. ನಾರೆಳೆಯಿಂದ ಪೊಳ್ಳಾದ ರೂಪ
೯. ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಪುಪ್ಪುಸ
೧೦. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ.

ಗತಿ

೧. ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಹಂತಗಳು : (ಎ) ಹರಡುವ, (ಬಿ) ಛಿದ್ರಗೊಳ್ಳುವ, ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡುವ, (ಸಿ) ಹೀರಿಕೊಳ್ಳುವ, (ಡಿ) ಗಟ್ಟಿಯಾಗುವ, ಕಲ್ಲಾಗುವ ಹಂತಗಳು.

೨. ಪುಪ್ಫುಸದಲ್ಲಿ ಹರಡಿ ಪರಿಮಿತಗೊಳ್ಳುವುದು. ಪುಪ್ಫುಸಗಳು ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾಗಿ (೧, ೨, ೩– ವಿಧವಾದ ಕ್ಷಯರೂಪಗಳನ್ನು ಅಂಶಗಳಾಗಿ ಬರೆಯುವಿಕೆ).

೩. ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ರೀತಿ : (ಎ) ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ, (ಬಿ) ಅಂಶತಃ, (ಸಿ) ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಿಲ್ಲದ.

೪. ಜೀವಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆ : ಇರುವ, ಇಲ್ಲದಿರುವ ಮತ್ತು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಇರಬಹುದಾದ ಪ್ರಸಂಗಗಳು.

೫. ಹಿಗ್ಗುವ ಎಳೆಗಳ ಇರುವಿಕೆ : ಇರುವ ಹಾಗೂ ಇಲ್ಲದಿರುವ ಸ್ಥಿತಿ.

ಬಿ. ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರಗೆ

ವಿಧಗಳು

೧. ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕೀಲಿನ ಕ್ಷಯ

೨. ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯ ಕ್ಷಯ

೩. ಚರ್ಮದ ಕ್ಷಯ

೪. ಅಂಗಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯ (ಹೃದಯಚೀಲದ ಉರಿ, ಕರುಳ ಸುತ್ಪೊರೆಯ ಉರಿ, ವಿವಿಧ ಅಂಗಗಳ ಮೃದು ಪೊರೆಯ ಉರಿ)

೫. ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯ

೬. ದನಿ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಕ್ಷಯ

೭. ಕರುಳಿನ ಕ್ಷಯ

೮. ಮೂತ್ರಾಂಗ–ಜನನಾಂಗ ಕ್ಷಯ

೯. ಇತರ ಅಂಗಗಳ ಕ್ಷಯ.

ಸಿ. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕ್ಷಯದ ನಂಜು

ಮೇಲ್ಕಾಣಿಸಿದ ವರ್ಗೀಕರಣವನ್ನು ಹಿಗ್ಗಿಸಿ ಬದಲುಗೊಳಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಮುಂದೆ ಕಾಣಿಸಿದ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ತೋರಿಸಬಹುದು. ಇಂದು ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿರುವ ನೂತನ ವಿಧಾನಗಳಾದ ಉಸಿರುನಾಳದ ಚಿತ್ರಣ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಆಳದಲ್ಲಿ ತೆಗೆಯುವ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರೀಕರಣಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದಾಗಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ಇರುವ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಅದರ ಚಟುವಟಿಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅದಲ್ಲದೆ ಕ್ಷಯರೋಗ ಉಂಟುಮಾಡಿರುವ ಕಾರ್ಯವ್ಯತ್ಯಯದ ನಿರ್ಧಾರದ ಕ್ರಮಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಫುಟವಾಗಿವೆ. ಇಂದು ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವ ಪುಪ್ಫುಸದ ಗೊಂಚಲುಗಳ ರಚನೆ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಉಗಮ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ರೂಪರೇಷೆಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು, ಕ್ಷಯಗಂಟು– ಇವುಗಳೆಲ್ಲದರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸಕರು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಗತ್ಯ.

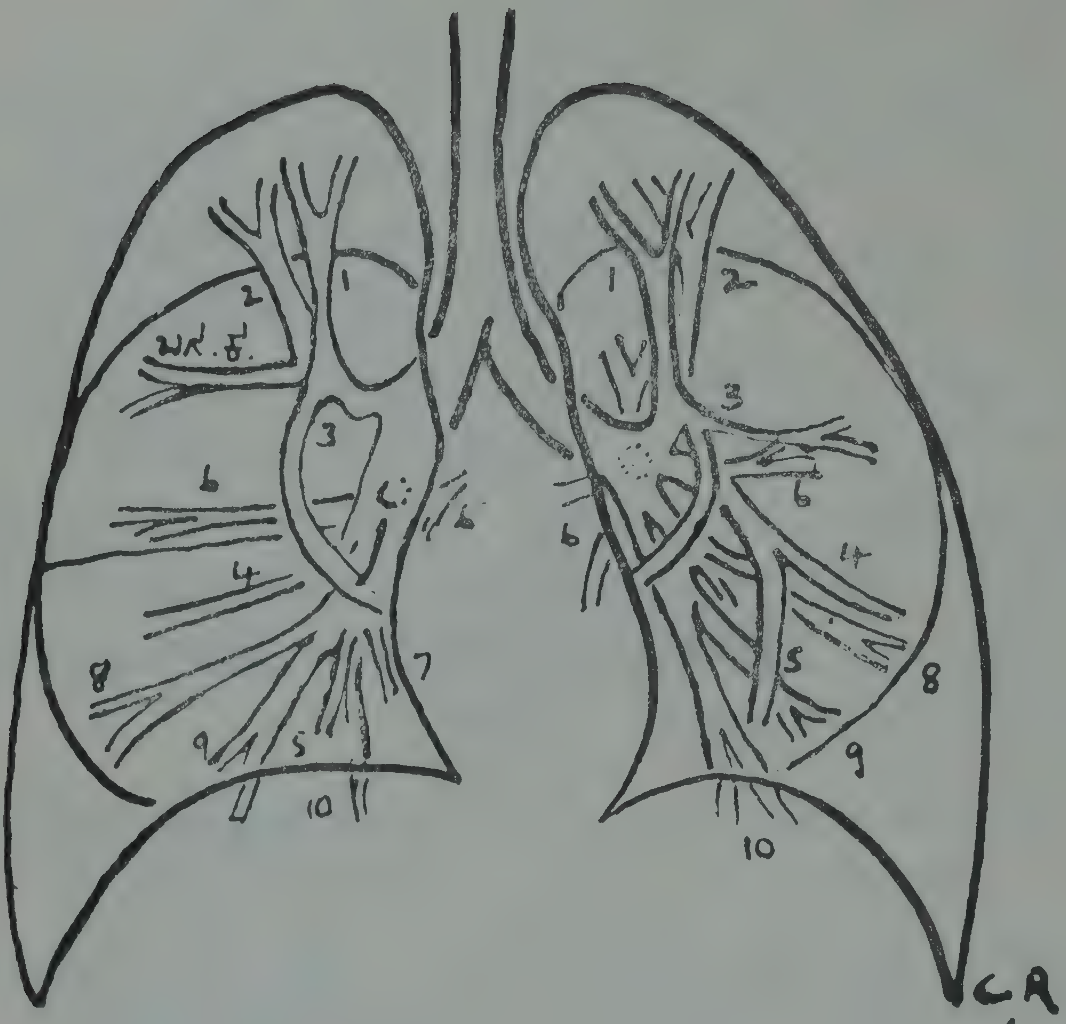
ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿಪುಲ ಬಳಕೆ, ಅದರಿಂದಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಸಂಗಗಳು ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಬಳಸಬಹುದಾದ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು, ರೋಗವು ಇರುವ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿ ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಲಕ್ಷಣಗಳ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಪುಪ್ಪುಸದ ಗೊಂಚಲುಗಳ ರಚನೆಯ ಆಧುನಿಕ ಕಲ್ಪನೆಯ ಅರಿವಿರಬೇಕಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಉಸಿರಾಟ ಮಂಡಲದ ಮರ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸ–ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಕವಲುಗಳ ರಚನೆ ಗೊತ್ತಿರಬೇಕು. ಪುಪ್ಪುಸದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಗೊಂಚಲೂ ತನ್ನದೇ ಆದ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು ದೃಢ ಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ವಿಶ್ವಾದ್ಯಂತ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದಿರುವ ಜಾಗತಿಕ ನಾಮಕರಣದ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಪುಪ್ಪುಸವು, ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ೧೦ ಗೊಂಚಲಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ೧೦ ಗೊಂಚಲಾಗಿ ವಿಭಾಗ ಹೊಂದಿದೆ.

ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳ ಗೊಂಚಲು	ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸದ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳ ಗೊಂಚಲು
ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆ : ಶಿರೋ, ಹಿಂದಿನ, ಮುಂದಿನ	ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆ : ಶಿರೋ, ಹಿಂದಿನ, ಮುಂದಿನ
ಮಧ್ಯದ ಹಾಲೆ : ಹೊರ, ಒಳ ಪಾರ್ಶ್ವದ	ನಾಲಿಗೆ : ಮೇಲಿನ, ಕೆಳಗಿನ
ತಳದ ಹಾಲೆ : ಮೇಲಿನ ಒಳತಳದ, ಮುಂದಿನ ತಳದ, ಹೊರತಳದ, ಹಿಂದಿನ ತಳದ	ತಳದ ಹಾಲೆ : ಮೇಲಿನ. ಒಳತಳದ, ಮುಂದಿನ ತಳದ, ಹೊರತಳದ. ಹಿಂದಿನ ತಳದ

ಚಿತ್ರ ೩.೨ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಗೊಂಚಲುಗಳ ಹಂಚುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸದ ಗೊಂಚಲು ರಚನೆಯ ಒಂದು ಮಾದರಿಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಗೊಂಚಲಿಗೂ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಪ್ರಥಮ ಕವಲು, ಅದಕ್ಕೆ ಸಮವಾಗಿ ಶ್ವಾಸ ಅಪಧಮನಿಯ ಒಂದು ಕವಲು, ಎರಡು ಅಭಿಧಮನಿಗಳು ಮತ್ತು ನರತಂತು ಇವೆ. ಈ ತೆರನಾದ ರಚನೆಯಿಂದಾಗಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಗೊಂಚಲೂ ಕೆಲ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸ್ವಾಯತ್ತ ಚಟುವಟಿಕೆಯ ವಿಭಾಗವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಕ್ರಿಯೆಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ (ಗೊಂಚಲನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುವಿಕೆ) ಗೊಂಚಲಿನೊಳಗಣ ಅಭಿಧಮನಿ ಗಳ ಪಕ್ಕದಿಂದ ಹಾಯ್ದು, ಗೊಂಚಲನ್ನು ವಿಭಾಗಿಸಬಹುದು.

ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿನ ಗೊಂಚಲುಗಳ ರಚನೆಯ ಮಹತ್ವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ. ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯೂ, ಅದರಲ್ಲೂ ಉಸಿರುನಾಳದ ಮೂಲಕ ಹರಡುವಿಕೆಯೂ ಗೊಂಚಲಿನ ರಚನೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ರೋಗ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಅನೇಕ ಅಂಶಗಳ ತಿಳಿವಳಿಕೆಗಾಗಿ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅದರ ರಚನೆ, ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.



I



ಚಿತ್ರ ೩೨ : ಗೊಂಚಲುಸಿರ್ನಾಳಗಳ ಹಂಚಿಕೆ (I) ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸ ಗೊಂಚಲಿನ ನಮೂನೆ (II) ಕೋಕಾವ್ ಮತ್ತು ಝುಬೆಕ್‌ರ ಪ್ರಕಾರ.

ಎಡ– ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸ, ಬಲ– ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸ, ಎ ಮತ್ತು ಸಿ– ಪಕ್ಕದಿಂದ ಪುಪ್ಪುಸ ನೋಟ, ಬಿ– ಎದುರಿನಿಂದ ಪುಪ್ಪುಸ ನೋಟ, ಗೊಂಚಲುಸಿರ್ನಾಳ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸ ಗೊಂಚಲನ್ನು ಸಂಖ್ಯೆಗಳು ಅನುಕ್ರಮವಾಗಿ ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ. ax– ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಬಗಲಿನ ಗೊಂಚಲು, ಬಗ, ಕ– ಬಗಲಿನ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳ.

ಈಗಾಗಲೇ ವಿವರಿಸಲಾದ ಕ್ಷಯರೋಗದ ವರ್ಗೀಕರಣವನ್ನು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತಿತರ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಮೂಲಭೂತ ಕ್ಷಯರೂಪಗಳ ಉದಾಹರಣೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಮುಂದೆ ಚಿತ್ರಿಸಲಾಗುವುದು.

ಅಧ್ಯಾಯ ೭

ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯದ ರೋಗರೂಪಗಳು

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದ ರೋಗರೂಪಗಳು

ರೋಗದ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮದ ಕಾರ್ಯರಚನೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸಲು ರೋಗವು ಹೇಗೆ ಮತ್ತು ಯಾವಾಗ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವುದೆಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸೋಂಕು ಬರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಮೊದಲ ಗುರಿ. ಇದರ ಉತ್ತರವು ಪಿರ್ಕೆಯ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ದೊರೆಯುವುದು. ಅದು ನಕಾರಾತ್ಮಕವೆನಿಸಿದರೆ ಮಾಂಟೂ ಚರ್ಮದೊಳಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ (೩ ಅಥವಾ ೪ ವರುಷ ವಯಸ್ಸಿನ ವರೆಗೆ) ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಉತ್ತರವನ್ನಿತ್ತರೆ ಅದು ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ವಯಸ್ಸು ಹೆಚ್ಚು ಆದಂತೆ, ಆ ರೀತಿಯ ಉತ್ತರವು, ಮೊದಲು ಸೋಂಕು ತಗುಲಿದುದರ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಅದು ಈಗ ರೋಗ ಇರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ. ಇದು ಯುವಕರು ಮತ್ತು ವಯಸ್ಕರಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಕೊಟ್ಟಾಗ ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಗೋಚರಿಸಿದರೆ ರೋಗವು ಚುರುಕಾಗಿರುವುದರ ಸಂಭವ ಇದ್ದು, ಆ ರೋಗಿಯ ಪೂರ್ಣ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಅಗತ್ಯತೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಈಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸೋಂಕು ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ತೋರಿಸಿವೆ. ಇದು ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳ ಮತ್ತು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯವು ಧರಿಸಬಹುದಾದ ರೂಪಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹಿಂದಿನ ಅಧ್ಯಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖವಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದ ರಚನೆ ಎಂಬ ಉಪ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಿದಂತೆ, ಅಲ್ಲಿ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳು ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿ, ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ

ಗಳು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶ ಹೊಂದುವುದು ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಮೂಲಭೂತ ರೂಪಗಳನ್ನು ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ವಿಭಾಗಿಸಬಹುದು :

(೧) ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯ ಸಂಕೀರ್ಣ.

(೨) ಕ್ಷಯದ ನಂಜು (ಸೋಂಕಿನ ನಂತರ ಬೇಗ ಮತ್ತು ನಿಧಾನವಾಗಿ) ಇದು ಹಾಲ್ರಸನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಬದಲಾವಣೆಗಳೊಡನೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎದೆಗೂಡಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

(೩) ಪುಪ್ಪುಸ–ಗ್ರಂಥಿಯ ರೂಪಗಳು– ಸುತ್ಪೊರೆಯನ್ನು ಇರಿಯುತ್ತವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ.

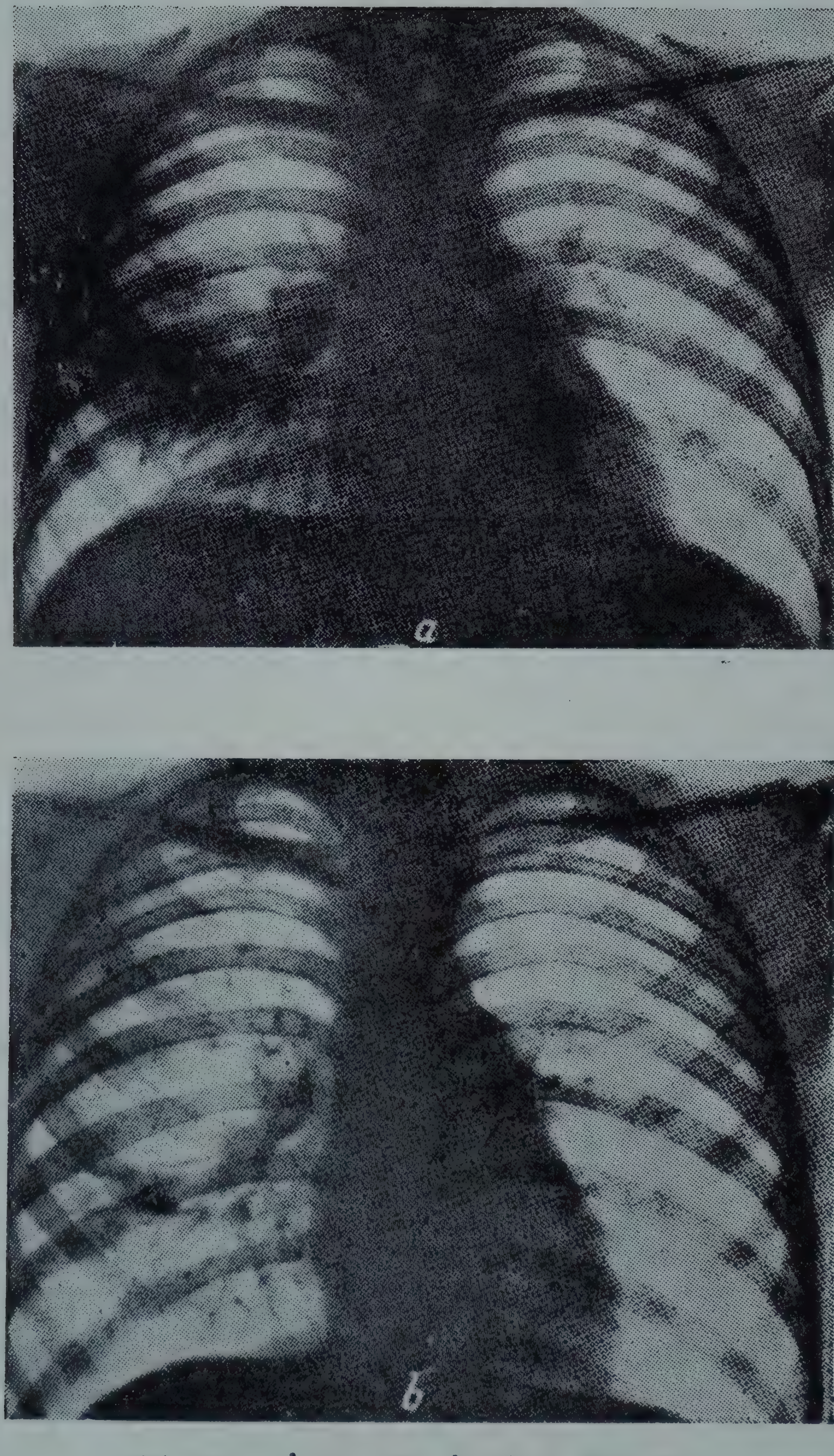
ಈ ರೀತಿಯ ಯಾವುದೇ ಚಿತ್ರ, ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣವು, ಕ್ಷಯದ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳೊಡನೆ ಗೋಚರಿಸಬಹುದು. ಆ ಲಕ್ಷಣಗಳು (೧) ಚರ್ಮದ ಕೆಂಪು ಗಂಟು; (೨) ಕಣ್ಣಿನ ಪಾರದರ್ಶಕ ಪೊರೆಯ ಗಂಟು; (೩) ಶ್ವಾಸ ಕೋಶದ ಹೊರಗೆ ಕ್ಷಯದ ರೂಪದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರಬಹುದು.

ಈ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಹೆಚ್ಚಳವನ್ನು ಮತ್ತು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯ ಸಂಭವವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣ

ಅನೇಕರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದ ಒಂದೇ ಗುಣಲಕ್ಷಣವಾಗಿ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪಾಸಿಟಿವ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಮೊದಲು ಕಂಡುಬಂದಂತೆ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಉತ್ತರವು ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಮಾರ್ಪಾಟು ಹೊಂದುವುದೇ ಅದರ ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣ.

ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸದೊಳಗೆ ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ಅಂತಹದೇ ಛಾಯೆ ನಾಭಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದು ಮೊದಲು ಕ್ಷಯದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣ ಉಂಟಾದುದರ ಕುರುಹಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಇನ್ಫ್ಲು ಯೆಂಜಾ ಅಥವಾ ೩೯° ಸೆಂ. ಉಷ್ಣತೆಯನ್ನು ತೋರುವ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ವ್ರಣವನ್ನು ಮುಚ್ಚಬಹುದು. ಆಗ ರೆಕ್ಕೆ ಎಲುಬಿನ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ, ಅಪಸ್ವರ ಉಸಿರಾಟದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬರ ಬಹುದು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವು ವಿಸ್ತೃತವಲ್ಲದ ಛಾಯೆ ಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಸುತ್ತ ಉರಿತವಿರುತ್ತದೆ. ಅವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ನಾಭಿಯ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಒಂದು ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಆ ಬದಲಾವಣೆಗಳು



ಚಿತ್ರ ೩೩ : ರೋಗಿ ಎಫ್. ಕೆ. ಯ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ

(ಎ) ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮೊದಲು : ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣ;

(ಬಿ) ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ತತ್ವವನ್ನಾಧರಿಸಿ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ.

ಮಾಯವಾಗುತ್ತಿದ್ದಂತೆ ಪುಪ್ಫುಸದ (ಘಾನರ ಬೆಳೆಯುವ ವ್ರಣ) ಮತ್ತು ಗ್ರಂಥಿಯ ಎರಡು ಧ್ರುವಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಅನಂತರ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದ ಕುರುಹುಗಳು ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಹರಡಿದಂತೆ ತೋರಬಹುದು.

ರೋಗಿ ಎಫ್. ಕೆ. ವಯಸ್ಸು ೮, ಶಾಲಾ ಬಾಲಕ, ತಂದೆ-ತಾಯಿಗಳು ಕ್ಷಯ ರೋಗವನ್ನು ಯಾವತ್ತೂ ಹೊಂದಿರಲಿಲ್ಲ. ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಗೊಬ್ಬರ, ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು, ಕೆಂಜ್ವರ, ಗಣಜಿಲೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ. ೧೮ ತಿಂಗಳ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಫುಸದುರಿತ ಬಂದಿದ್ದಿತು. ಗಲಗ್ರಂಥಿಯ ಉರಿಯೂತದ ನಂತರ ಅಕ್ಟೋಬರ್ ೧೯೪೭ ರಲ್ಲಿ ಉಷ್ಣತೆ ೩೯° ಗೆ ಏರಿ ಅದು ಎರಡು ವಾರಗಳ ಪರ್ಯಂತ ಸುಸ್ತು, ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ. ತೂಕದ ಇಳುವರಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳೊಟ್ಟಿಗೆ ಉಳಿಯಿತು. ಕೆಮ್ಮು, ಕಫ ಕಂಡುಬಂದಿಲ್ಲ. ಅದೇ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಪಿರ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಉತ್ತರ ತೋರಿಸಿತು, ಬಲ ಪುಪ್ಫುಸದ ಒಳಗೊಂಚಲಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಬಿರುಸಾದ ಉಸಿರಾಟ. ಸ್ರಾವ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಲ್ಲ. ಎದೆಯ ಚಿತ್ರ ಹೊಸದಾದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣವನ್ನು ಬಲ ಪುಪ್ಫುಸದ ಒಳಗೊಂಚಲಿನಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಿ, ಅದರ ಸುತ್ತ ಉರಿತವನ್ನು ಕಾಣಿಸಿತು (ಚಿತ್ರ ೩೩ ಎ).

ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ದೈಹಿಕ ಪ್ರಕೃತಿಯ ಸುಧಾರಣೆಯಾಗಿ ಬಲ ಪುಪ್ಫುಸದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಿದ್ದ ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಾಯವಾದುವು. ಅನಂತರ ೧೨ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ, ಸ್ಥಳೀಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಸುತ್ತ ಇದ್ದ ಉರಿತವು ಮಾಯ ವಾಯಿತು. ಪುಪ್ಫುಸದ ವ್ರಣವು ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಉಳಿಯಿತು (ಚಿತ್ರ ೩೩ ಬಿ).

ನಿರ್ಣಯ : ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದ ತೀವ್ರ ತೆರನಲ್ಲದ ಮಾದರಿ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೂತ್ರ ಪಾಲನೆ, ಒಳ್ಳೆಯ ಆಹಾರ, ಹಿತಕರ ಹವೆಯಿಂದ ಗುಣ. ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಗಳನ್ನು ಕೊಡಲಿಲ್ಲ.

ಕ್ಷಯದ ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿನ ಅನೇಕ ರೋಗಗಳು ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನು ಹೊಂದಿ ರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಈ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು (ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ಅಪಚನ, ನರದೌರ್ಬಲ್ಯ, ಅನಿಯ ಮಿತ ಜ್ವರ) ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಕ್ಷಯದ ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿ ದವುಗಳೆಂದು ಸೋವಿಯತ್ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಎ. ಎ. ಕಿಸೆಲ್ ವೀಕ್ಷಿಸಿಕೊಟ್ಟ ಅಂತಹ ಮಕ್ಕಳ ವಿಸ್ತೃತ ರೋಗ ಚಿತ್ರವು ಬೋಧಪ್ರದವಾಗಿವೆ (ಎ. ಎ. ಕಿಸೆಲ್‌ರ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು).

ಕಿಸೆಲ್‌ರು ಸರಿಯಾಗಿ ಹೇಳಿದಂತೆ, ಆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ರೋಗವು ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಅದು ಎದೆಗೂಡಿನ ಮತ್ತು ಅದರ ಸುತ್ತಲೂ ಹೊರಗೆ ಇರುವ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಎರಡನೆಯ ಗ್ರಂಥಿಗಳನ್ನು ಸ್ಟರ್ನೊಮಾಸ್ಟಾಯಿಡ್ ಸ್ನಾಯುಗುಂಟ ಮುಟ್ಟಿ ನೋಡಿ ಅವು ದೊಡ್ಡದಾಗಿರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಯಬಹುದು. ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯಲ್ಲಿರುವ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳನ್ನು ಮುಟ್ಟಿ ನೋಡಲು ಬರುವಂತಿಲ್ಲ. ಹಿಂಬದಿಯಿಂದ ಮತ್ತು ಪಕ್ಕದಿಂದ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಆದರೂ ಈ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಯಾವಾಗಲೂ ಎದೆಗೂಡಿನೊಳಗಣ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ದೊಡ್ಡದಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅವುಗಳನ್ನು ಆಧುನಿಕ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಗುರುತಿಸಲೂ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅವು ಕಾಣಿಸಿಗದಿದ್ದರೆ, ಕ್ಷಯರೋಗದ ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಮತ್ತು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ತೀವ್ರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯೂ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ರೋಗದ ಹರಡುವಿಕೆಯಾಗುವಾಗ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ತೆರನಾದ ಕಾರ್ಯ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು ಕಂಡುಬರುವುದಾಗಿ ಈಚಿನ ಶೋಧಗಳು ತೋರಿಸಿವೆ (ಪ್ರಾರಂಭದ ವಿಸ್ತಾರ ಹರಡಿಕೆ). ಝಡ್. ಎ. ಲೆಬೆಡೇವಾ, ಎ. ಪಿ. ಕುದ್ರೆಯಾವೆಟ್ಸೆವಾ ಮತ್ತು ಇ. ಝಡ್. ಸೋರ್ಕಿನಾರ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಮೊದಲೇ ಹರಡಿಕೆಯು ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ತೀವ್ರ ಮತ್ತು ತೀವ್ರವಲ್ಲದ ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಅಂತೆಯೇ ಏಕಾಏಕಿಯಾಗಿ ಮತ್ತು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನೂ ಸಹ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ, ದೇಹದ ಕಾರ್ಯದ ವ್ಯತ್ಯಯ ತೋರಿಬರುವಂತೆ, ಹೆಚ್ಚುವರಿಗೊಂಡ ಕ್ಷಯದ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಾಗಿ ಚರ್ಮದ ಕೆಂಪು ಗಂಟು, ಕಣ್ಣಿನ ಪಾರದರ್ಶಕ ಪೊರೆಯ ಗಂಟುಗಳೂ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ.

ಲೇಖಕನು, ಈಚೆಗೆ ಅಂತಹ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಬಿಳಿಚಿದ, ತೂಕವಿಳಿದ ೧೨ ವರುಷದ ಹುಡುಗಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಡನು. ಹೆಚ್ಚುಗೊಂಡ ದೇಹದ ಕೃಶತ್ವ, ತನ್ಮೂಲಕ ಉಂಟಾದ ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಇಳುವರಿಗೊಂಡ ರಕ್ತವರ್ಣ ಇವುಗಳಲ್ಲದೆ ನಾಭಿಯು ತುಂಬಾ ದೊಡ್ಡದಾಗಿದ್ದಿತು. ಕತ್ತಿನ ದೊಡ್ಡದಾದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಮತ್ತು ವಿಸ್ತೃತವಾದ ಚರ್ಮದ ಕೆಂಪು ಗಂಟು. ಕೊನೆಯ ಲಕ್ಷಣ ಕಾಣಿಸಿದಾಗ ದೈಹಿಕ ಉಷ್ಣತೆಯು ೩೯° ಸೆಂ. ಗೆ ಏರಿತು.

ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಣೆಯ ಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಸುಧಾರಿಸಿತು.

ಉಸಿರ್ನಾಳ ಗಂಟುಗಳ ಕ್ಷಯ

ಮೊದಲು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣವು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ ಸುಣ್ಣ ಗೊಂಡ ಮೇಲೂ, ನಾಭಿ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯಲ್ಲಿರುವ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮುಂದುವರಿಯಬಹುದು. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ರೋಗವು ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ಮೇಲೂ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ನಾವು ವಿಶಿಷ್ಟ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೊಂದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಇದನ್ನು ಸೋವಿಯತ್ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು (ಎ. ಪಿ. ಕಾಗ್ರಾಮಾನೊವ್) ಹುದುಗಿದ ಜೀವಾಣುಗಳೆಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಅಂಗವೊಂದರಲ್ಲಿ ಅಳಿಯದೆ ಉಳಿಯುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಮೇಲೆ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಿದೆ. ಅದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನೂ ತೋರ್ಪಡಿಸದೆ ಉಳಿಯಬಲ್ಲದು. ಆ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರತರ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ ಅವು ವೃದ್ಧಿಗೊಂಡು ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ಕ್ರಿಯೆಯು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಅದು ಶ್ವಾಸ ನಾಳ, ಉಸಿರ್ನಾಳ ಮತ್ತು ಅದರ ಕವಲುಗಳ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿರುವ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ನಾಭಿ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿನ ವ್ರಣವನ್ನು ಹಾಲೆಯೊಳಗಣ ವ್ರಣದೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ತೀರ ತೆಳುವಾದ ತಿರುಳು ಪೊರೆಯೊಂದು ಹಾಲೆ ಮಧ್ಯದ ಪುಪ್ಪೊರೆಯಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸುವುದು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ವ್ರಣವು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಕೆಲವು ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಮೊದಲು ಹುದುಗಿದ್ದರೂ, ಅನಂತರ ಸದಾ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯುರಿತವನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಅದು ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದ ಭಾಗವಾಗಿದೆ. ಇನ್ನೂ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಹುದುಗಿಕುಳಿತ ವ್ರಣಗಳು ಗ್ರಂಥಿಗಳೊಳಗೆ ಮತ್ತು ಸುತ್ತ ಉರಿತವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತ ಉಲ್ಬಣಿಸುತ್ತವೆ. ಅನೇಕ ಕಡೆ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯು ಜರುಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಸಿಗುತ್ತದೆ. ಅದೇ ತೆರನಾಗಿ ಯುವಕರಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹುದಾದರೂ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಕಾಣುವುದು ಅಪರೂಪ.

ಎದೆ ಚಿತ್ರದ ಮೂಲಕ ಅವುಗಳನ್ನು (೧) ಕ್ಷಯದ ಗಂಟಿನಂತಹ ಎದೆಗೂಡಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಮತ್ತು (೨) ಗಂಟಿನಂತಲ್ಲದ ಗ್ರಂಥಿಯ ವ್ರಣಗಳೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ಅನೇಕ ಬಾರಿ, ರೋಗವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಗ್ರಂಥಿಯ ಸುತ್ತಲೂ ಉರಿತವು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಆ ಕ್ರಿಯೆಯೂ ಹಾಲೆಗಳ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿನ ಪುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಕಂಡುಬರಬಹುದು.

ಗಂಟಿನಂತಹ ರೂಪಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗೊತ್ತುಪಡಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಕರವಲ್ಲ (ಚಿತ್ರ ೨೮). ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪರೀಕ್ಷೆಯೇ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇತರ ದೈಹಿಕ ರೋಗಗಳಾದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯ ಬಾವು ಮತ್ತು ಏಡಿಗಂತಿ ರೋಗಗಳ ಸಂಭವದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಇದು ಅಗತ್ಯವೆನಿಸುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಬದಲಾವಣೆಯ ಒಂದು ಹಂತದಲ್ಲಿ ಅನಿಯಮಿತ ಜ್ವರ, ಏರಿದ ರ. ತ. ಸೇ. ಮತ್ತು ಕ್ಷಯದ ನಂಜಿನ ವಿವರಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ತೀವ್ರತೆರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಅನೇಕ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಸಮುದಾಯದ ಉಬ್ಬುವಿಕೆಯು ತುಂಬಾ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗಿ ಉಸಿರಾಟನಾಳದ ಹಾದಿಯನ್ನು ಕುಗ್ಗಿಸಿ, ಕೆಮ್ಮನ್ನುಂಟುಮಾಡಬಲ್ಲದು. ಆ ರೀತಿಯ ಲಕ್ಷಣವು ಶ್ವಾಸನಾಳದ ಕವಲಿನ ಬಳಿಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿನ ವ್ರಣದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತಡ ಹಾಕಿ ಉಸಿರುನಾಳವನ್ನು ತುಂಬಾ ಕಿರಿದು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಕಡೆ ಅದು ಗೊಂಚಲುಗಳ ಇಲ್ಲವೆ ಇಡೀ ಹಾಲೆಯ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಉದ್ಭವವಾದ ಛಾಯೆಗಳು ತ್ರಿಕೋನಾಕೃತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿವೆ. ಅದು ಬಲಗಡೆ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮಧ್ಯ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದೇ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯು ಕುಸಿದಾಗ, ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಅದು ದೊಡ್ಡದೊಂದು ಸ್ಪಷ್ಟ ಛಾಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಮೇಲೆ ಬಾಗಿದ ಛಾಯೆಯ ಗೆರೆ, ಏರಿದ ವಪೆಯ ಭಾಗ ಮತ್ತು ಬಲಕ್ಕೆ ಸ್ಥಳಾಂತರಗೊಂಡ ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ರೋಗದ ರಚನೆಯ ಪ್ರಕಾರ, ಉಬ್ಬಿದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಬೇಯಿಸಿದ ಅಡಿಕೆ ಇಲ್ಲವೆ ಆಲೂಗಡ್ಡೆಯಂತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ.

ಅಲ್ಲದೆ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ವ್ರಣವು ಎರಡೂ ಕಡೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಅವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ, ಕ್ಷಯರೋಗವು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯಿಂದ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿನ ಉಸಿರುನಾಳಕ್ಕೆ ಹರಡುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೩೪). ಅದರಿಂದ ಉಸಿರುನಾಳದಲ್ಲಿ ತೂತು ಬೀಳುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಕೀವುಗಾಲುವೆಗಳನ್ನು ಲೆನೆಕ್ ತಿಳಿದಿದ್ದ. ಅವುಗಳನ್ನು ಎ. ಪಿ. ಅಬ್ರಿಕೋಸೋವ್ ವರ್ಣಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಪುಪ್ಪುಸ ತಿರುಳಿನಲ್ಲಿ ಹರಡಿಕೆಯು ಮತ್ತು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಉಸಿರ್ನಾಳ– ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ ಸಹ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಪದರಿನಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿನ ಕೀವುಗಾಲುವೆಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದರ್ಶನಿಯ ಮೂಲಕ ನೋಡಿದಾಗ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ.



ಚಿತ್ರ ೩೪ : ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಕವಲು ಉಸಿರ್ನಾಳಗಳ ಗೋಡೆಯಲ್ಲಿ ವ್ರಣ

ಗಂಟು ತೋರಿಬರದ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣಗಳು ಎದೆಗೂಡಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿಬಂದು, ಅವುಗಳೊಳಗೆ ಹರಳಿನಂತಹ ಕೋಶವು ರಚನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದಂ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಮುಚ್ಚಿ ಬೆಳೆದು, ಕ್ಷಯದ ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ಸುಸ್ತು ಮತ್ತು ನಡುಕವನ್ನು ತೋರಿಸಬಹುದು.

ಬೇರೂರಿದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯ

ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಂತೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯುವನ್ನು ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ನೋಡುವುದಿಲ್ಲ. ಯುದ್ಧಕಾಲದಲ್ಲಿ, ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಇಳುವರಿಯಾಗಿದ್ದುದರಿಂದ ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿಯೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯ ರೂಪಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದವು. ಅದಲ್ಲದೆ, ರೋಗವು ಇನ್ನೊಂದು ತೆರನಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣದಿಂದ ದೊರೆತ ರೋಗವು ಮುಂದಿನ ಅನೇಕ ವರುಷಗಳ ಕಾಲ ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತ ಮುಂದುವರಿಯಬಹುದು. ದೀರ್ಘಾವಧಿಕಾಲ ರೋಗವು ಉಳಿಯಬಹುದು. ರೋಗದ ಅಂತಹ ರೂಪವನ್ನು ಸೋವಿಯತ್ ರೋಗ ತಜ್ಞ ವಿ. ಟಿ. ಷ್ವಾಯಿಟ್ಸರ್ ಬೇರೂರಿದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯವೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಿದರು. ಅಂತಹ ಚಿತ್ರಗಳು ಯಾವುದೇ ಅನುಭವಿಕ ವೈದ್ಯ ತಜ್ಞನಿಗೆ ಪರಿಚಿತವಾದುವು. ಅದನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಉದಾಹರಣೆಯಿಂದ ಚಿತ್ರಿಸಬಹುದು.

ರೋಗಿ ಎನ್. ಎನ್. ತನ್ನ ೧೭ ನೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ (೧೯೦೭) ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗವುಳ್ಳ ಬಂಧುವಿನ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಪಡೆದ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಜೀರ್ಣನಾಳಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅಪಚನದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು. ೧೯೧೧ ರಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ನೋವು ತಲೆದೋರಿ ತೀವ್ರ ತೆರ ಕರುಳ ಬಾಲದ ಉರಿತಕ್ಕೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದನು. ಆದರೂ ಅಪಚನದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಮುಂದುವರಿದುವು. ೧೯೧೨ ರಲ್ಲಿ ತನ್ನ ೨೨ ನೇ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ, ಆತ ರಕ್ತ ಕಫ ಹೊಂದಿದನು. ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಲ್ಲ. ಅದು ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಿಂದ ದೃಢಪಡಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿತು. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಆತನಿಗೆ ಜ್ವರ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಿತು. (೩೭.೩° ಯಿಂದ ೩೭.೫° ಸೆಂ.). ಜೂನ್ ೧೯೧೩ ರಲ್ಲಿ, ತೀವ್ರ ಮಾನಸಿಕ ಶ್ರಮದ ಅನಂತರ, ಪುಪ್ಪುಸದ ವಿಪರೀತ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಉಂಟಾಯಿತು. ಎಡಗಡೆಯಿಂದ ನಾಭಿ ಸ್ರಾವ, ನಾಭಿಯ ಸುತ್ತ ಎಡಗಡೆ ಛಾಯೆ, ಪಿರ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಎರಡು ಬಾರಿ ಮಾಡಿದ ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆ. ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯು ಆರು ತಿಂಗಳು ಕಳೆದನು.

೧೯೧೪ ರಲ್ಲಿ ಆತ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶ ಹೊಂದಿದ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ

ಸಂಗಡ ಕಫದಲ್ಲಿ ಹೊರತಂದನು. ಅನಂತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸಿ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಪುನರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಪಡೆದನು. ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮಾಯವಾದವು. ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸದ ನಾಭಿಯಲ್ಲಿ ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಛಾಯೆಗಳು ಕುರುಹಾಗಿ ಉಳಿದವು. ರಕ್ತ ಯಾವ ತೆರನಾದ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನೂ ತೋರಿಸಲಿಲ್ಲ. ೧೯೧೫ ರಿಂದ ೧೯೫೦ ರ ವರೆಗೆ ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು. ಬಹುಶಃ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಹೀಚುವಿಕೆಯು ಪ್ರಥಮತಃ ನಾಭಿಯ ಕ್ಷಯದಿಂದ ಬಳಲಿಕೆ, ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸದ ನಾಭಿಯ ಬಳಿ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬರುತ್ತಿದ್ದವು.

೧೯೫೦ ರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಶ್ರಮದ ನಂತರ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತವು ಇನ್ಫ್ಲುಯೆಂಜಾ ರೋಗದ ತೆರನಾಗಿ ಅದೇ ಕಡೆ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿತು. ಜ್ವರ ತೋರಿಬಂದು ಉಷ್ಣತೆಯು ೩೮° ಸೆಂ. ವರೆಗೆ. ಅನಂತರ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವ. ಅದು ರೋಗ ಮರುಕಳಿಸಿದುದರ ಚಿಹ್ನೆಯಾಯಿತು. ೬೦ ಗ್ರಾಂ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಕೊಟ್ಟ ಮೇಲೆ, ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತವು ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಯವಾಗಿ, ಗಟ್ಟಿಯಾದ ರೋಗ ಕುರುಹುಗಳು ಉಳಿದವು. ೧೯೩೧ ರಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದ ಹರಡಿಕೆಯ ಛಾಯೆಗಳು ಅದೇ ಸ್ಥಳ ದಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ಗೋಚರಿಸಿದವು. ನಾಶದ ಲಕ್ಷಣಗಳೂ ಕಂಡುಬಂದವು. ಎರಡೂವರೆ ತಿಂಗಳು ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿದ್ದು, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ (೬೭ ಗ್ರಾಂ) ಕೊಟ್ಟ ಮೇಲೆ ಪೂರ್ತಿ ಗುಣಮುಖ. ಅಲ್ಲಿ ತೋರಿದ ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳೂ ಮಾಯವಾದವು. ಕಫದಿಂದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಅಗೋಚರವಾದವು. ೧೯೫೨–೫೯ ರಲ್ಲಿ ರೋಗದಿಂದ ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು. ನಾಭಿಯ ಸುತ್ತ ಕೊರಳ ಮೂಳೆಯ ಕೆಳಗೆ ರೋಗ ವಿದ್ದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಹೀಚುವಿಕೆ.

ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರಬಹುದಾದ ಅಂತಹ ರೋಗಗಳನ್ನು ರೋಗಿಷ್ಠ ಅಂಗಗಳ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಿ ವಿ. ಟಿ. ಷ್ವಾಯಿಟ್ಸರ್, ಎ. ಐ. ಸ್ಟ್ರುಕೋವ್ ಮತ್ತು ಕೆ. ಎ. ಡೆಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು, ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಎದೆಗೂಡಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ, ನಾಭಿಯ ಸುತ್ತ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಬದಲಾವಣೆಯೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ ಪಡೆದಿದೆ.

ರೋಗ ನಿದಾನ : ಎದೆಗೂಡಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯೊಡನೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಆ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಪಿರ್ಕೆ ಚರ್ಮಪರೀಕ್ಷೆಯು ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಬೆರಳಿನಿಂದ ರೆಕ್ಕೆ ಮೂಳೆಯ ಮಧ್ಯ ತಟ್ಟಿ ನೋಡಿದರೆ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಬಹುದು. ಅಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಸಮುದಾಯ ವಿಪುಲವಾಗಿದ್ದರೂ, ಬದಲಾವಣೆಗಳು ತೋರಿಬರಲಿಕ್ಕಿಲ್ಲ. ಶ್ವಾಸನಾಳದ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿನ ವ್ರಣವು

ಮಂದ ಶಬ್ದ ಉತ್ಪಾದನೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಲೇಖಕನು ಪದೇ ಪದೇ ಕಂಡಿದ್ದಾನೆ. ಎಡಗಡೆ ಮೊದಲನೆಯ ಪಕ್ಕೆಲಬು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಪುಪ್ಪುಸ ತಿರುಳಿನ ಉರಿತ ಅದನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ, ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ನಾಭಿಯ ಸುತ್ತ ಹಿಂದೆ ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ. ಎದೆದರ್ಶಕವು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ತಿಕ್ಕುವ ಶಬ್ದವನ್ನು ಕೇಳಿಸ ಬಹುದು.

ಎದೆಗೂಡಿನ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವನ್ನು ತೆಗೆಯುವಲ್ಲಿ ಹೊಸ ವಿಧಾನಗಳು ಬೆಳ ವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದರಿಂದ, ಇಂದು ಕೋರಾನಿ ವಿವರಿಸಿದಂತೆ ಬೆನ್ನು ಮೂಳೆಯ ಮೇಲೆ ಬೆರಳಿನಿಂದ ಬಡಿಯುವುದಾಗಲೀ ಅಥವಾ ಡಿ' ಎಸ್ಪೈನ್ ವಿವರಿಸಿ ದಂತೆ ಮರ್ಮರಗಳು ಮತ್ತು ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಧ್ವನಿಗಳನ್ನು ಎದೆದರ್ಶಕದಿಂದ ಆಲಿ ಸುವುದಾಗಲೀ ಅಷ್ಟಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿಲ್ಲ.

ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ ತೆಗೆಯುವ ವಿಧಾನಗಳು : (೧) ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಕೋನಗಳಿಂದ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರ (ಪ್ರೊಜೋರೋವ್ ಪ್ರಕಾರ) (೨) ಬೆನ್ನಿನಿಂದ ಮುಂದೆ ತೆಗೆದ ಚಿತ್ರ (೩) ಪಕ್ಕದಿಂದ ತೆಗೆದ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಪಕ್ಕದಿಂದ ಎದೆಚಿತ್ರ ತೆಗೆದಾಗ ಅದು ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯ ಹಿಂದಿನ ಭಾಗವನ್ನು ಕಾಣಿಸುವುದು. ಅಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಗಂಟುಸಮುದಾಯವನ್ನು ಬೆನ್ನಿನಿಂದ ತೆಗೆದ ಚಿತ್ರ ದಲ್ಲಿ ಕಾಣದಾಗುವುದಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಅವು ಹೃದಯದ ಛಾಯೆಯಿಂದ ಮುಚ್ಚಲ್ಪಟ್ಟಿರುವುದರಿಂದ, ಪಕ್ಕದಿಂದ ತೆಗೆದ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಅವುಗಳನ್ನು ನೋಡ ಬಹುದು.

ಅಲ್ಲದೆ ಪಕ್ಕದಿಂದ ತೆಗೆದ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಾಲೆಯ ಮಧ್ಯದ ಪುಪ್ಪೊರೆಯುರಿತ ದಿಂದ ಉಂಟಾದ ಛಾಯೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಅವುಗಳು ರೂಢಿಯಂತೆ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರದ ಮೂಲಕ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ರೂಢಿಯಲ್ಲಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಎದೆ ಚಿತ್ರವನ್ನು ತೆಗೆದಾಗ ಅದು ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿನ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಸುತ್ತಲೂ ಇರುವ ಉರಿತದ ಊತದ ಛಾಯೆಗಳನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತೋರಿ ಸುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳು ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತವೆ.

ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತೊಂದು ತೆರನಾದ ಚಿತ್ರವು ಕಂಡುಬರುವುದನ್ನು ಸೂಚಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳ ಉರಿತದಿಂದ ಪಟ್ಟಿ ಯಂತೆ ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುವ ಛಾಯೆಗಳು ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಅನಂತರ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಸುತ್ತ ಇರುವ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳು ಉರಿತವನ್ನು ಸೂಚಿಸಿ ನಾಭಿಯಿಂದ ಕೊನೆಯ

ವರೆಗೂ ಹರಡಬಹುದು. ಅಂತಹ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಮೇಲೆ ಹರಡಿಕೆಯ ಛಾಯೆಗಳು ಕಂಡುಬರಬಹುದು (ಷ್ಟೈಪ್ಳೋ).

ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ರೋಗಗಳಿಂದ ಇದನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಕರವಲ್ಲ. ರೋಗವು ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸ ಬಹುದು. ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯ ಗಂಟು ರೋಗದಲ್ಲೂ, ಸುತ್ತಲಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ ಗಳು ಹಾಗೆಯೇ ದೊಡ್ಡವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ನಾಭಿಯ ಸುತ್ತ ಇರುವ ಏಡಿಗಂತಿಯನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅದು ಗಂಡಸರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಬಾವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ನೋವು ಮತ್ತು ಉಬ್ಬಸ ಗೋಚರವಾಗುತ್ತವೆ.

ಪುಪ್ಪುಸದ ಧೂಳುರೋಗದಲ್ಲೂ ನಾಭಿಯಲ್ಲಿ ಬಾವು ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಅದೇ ರೀತಿ ಬಾವನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಬೊಯೆಕ್‌ರ ಸಾರ್ಕಾಯಿಡ್ ರೋಗವನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಬಾರದು (ಅಧ್ಯಾಯ ೯ ನೋಡಿ. ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ನಿದಾನ). ಕಿರಿಯ ರಕ್ತಪರಿಚಲನಾ ಚಕ್ರದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಟ್ಟಾದಾಗಲೂ ಸಹ ಹಾಗೆ ಕಂಡುಬರಬಹುದು.

ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಸೂತ್ರಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯ. ರೋಗವು ತೀವ್ರವಾಗಿದ್ದಾಗ, ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಂಡು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಬೇಕು (ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್).

ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆ

ಕ್ಷಯದ ತೀವ್ರತರ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರ ಡಿಕೆಯು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಪುಪ್ಪುಸದ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ವ್ರಣದಿಂದ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರಿಸಬಹುದು. ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಎರಡೂ ಪುಪ್ಪುಸಗಳಿಂದ ಬಂದಿರಬಹುದು. ಅಂತೆಯೇ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯದಿಂದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರಿಸಬಹುದು.

ಹರಡಿಕೆಯ ಮೂಲವು ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿನ ಗಿಣ್ಣುಗೊಂಡ ಕ್ಷಯ ರೂಪವೇ ಆಗಿದೆ (ಚಿತ್ರ ಪು. ೧೨೪ ನೋಡಿ). ಇನ್ನೂ ಗುಣ ಹೊಂದದ ವ್ರಣ ಗಳಲ್ಲಿ ಮೆತ್ತಗಾಗುತ್ತಿರುವ ಗಿಣ್ಣುಗೊಂಡ ವಸ್ತುವಿನಿಂದ ಜೀವಾಣುಗಳು ಹಾಲ್ರಸನಾಳ ಗಳನ್ನು ಸೇರಿ ಹರಿದುಹೋಗುತ್ತವೆ. ಆ ವ್ರಣಗಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದಲ್ಲಿನ ಗ್ರಂಥಿ ಗಳಲ್ಲಿದ್ದು, ಅಲ್ಲಿಂದ ಎದೆಯನಾಳ ಮತ್ತು ಮಲಿನ ರಕ್ತನಾಳಗಳಿಂದ ಬಲ ಹೃದಯ ವನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ತೆರನಾಗಿ ಕಿರಿಯ ಪರಿಚಲನೆಯ ಚಕ್ರದಲ್ಲಿ (ಪುಪ್ಪುಸ

ದಲ್ಲಿ) ಮಾತ್ರ ಹರಡಿಕೆಯು ಗೋಚರಿಸಬಹುದು. ಹೆಚ್ಚು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣು ಗಳು ರಕ್ತನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ಪ್ರವೇಶಿಸಿದಾಗ, ಕೆಲವು ದೊಡ್ಡ ಶ್ವಾಸಲೋಮನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ದೊಡ್ಡ ರಕ್ತಪರಿಚಲನಾ ಚಕ್ರವನ್ನು ಸೇರಬಹುದು. ಅವು ಶ್ವಾಸ ಅಭಿಧ ಮನಿಗಳೊಳಗೆ ಪ್ರವೇಶಿಸಿದಾಗ ನೇರವಾಗಿ ಎಡ ಹೃದಯವನ್ನು ಸೇರುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿಂದ ಸುತ್ತಲಿನ ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯು ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಅನೇಕ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ.

ಆಗಾಗ್ಗೆ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಪೂರೈಕೆಯು ನಡೆಯುತ್ತಿರುವುದು ದೃಢ ಪಡಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಸಂಗತಿ. ಲವೆನ್‌ಸ್ಟೀನ್, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲ ರೋಗಗಳ ಶೇಕಡಾ ೩೮.೫ ರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ವಿಶೇಷ ಸಾರದ್ರವ್ಯದಲ್ಲಿ ತಳಿ ಮಾಡಿತೋರಿ ಸಲು ಶಕ್ತವಾದ ಈ ಸಂಖ್ಯೆಯು ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚೆನಿಸಿದರೂ, ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ರಕ್ತ ದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರ್ಪಡೆ ಹೊಂದುವುದನ್ನು ಅದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಬರೀ ಜೀವಾಣುಗಳು ಇದ್ದಾಕ್ಷಣ ದೇಹಾದ್ಯಂತ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಉದ್ಭವ ಹೊಂದುವುದಿಲ್ಲ ವೆಂಬ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಹೆಚ್ಚು ಸಂಖ್ಯೆ ಯಲ್ಲಿನ ಧಾಳಿಯಲ್ಲದೆ, ದೇಹದಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಇಳುವರಿಯಂತಹ ವಿಶಿಷ್ಟ ಸನ್ನಿವೇಶವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ.

ವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ಎಲ್ಲ ಕ್ಷಯದ ಶೇಕಡಾ ೩೦ ರಿಂದ ೪೦ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವುದೆಂದು ರೋಗಿಷ್ಠ ಅಂಗರಚ ನೆಯ ತಜ್ಞರು ಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಪುಪ್ಪುಸದ ಅನೇಕ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಾದ ಕಣ್ಣು, ಮೂಳೆ, ಕೀಲು ಮತ್ತು ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಇರುವುದು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದಾಗಿರುವುದಕ್ಕೆ ಖಚಿತ ಸಾಕ್ಷ್ಯವಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸಕ ವೈದ್ಯನಿಗೆ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ. ಚೆನ್ನಾಗಿ ವಿವೇಚಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ಕಡೆ ರೋಗವು ಗೋಚರಿಸಿದರೆ ಅದು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿದುದೆಂದು ದೃಢವಾಗಿ ಭಾವಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕೆಳಗೆ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ರೂಪದ ರೋಗ ಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೀತಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತವಾಗಿ ಕಿರಿಯ ಮತ್ತು ಹಿರಿಯ ರಕ್ತಪರಿಚಲನಾ ಚಕ್ರದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಹರಡುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಮುಂದಿನ ಚಿತ್ರವು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ.

೧. ದೇಹಾದ್ಯಂತ ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ.

೨. ಬೇರೂರಿದ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಕ್ಷಯ– ಇಲ್ಲಿ ಹರಡಿಕೆಯು ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶ ದಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಅದು ಒಂದೇ ವ್ರಣವಾಗಿರಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಕಿರಿಯ ಮತ್ತು ಹಿರಿಯ

ರಕ್ತಪರಿಚಲನಾ ಚಕ್ರದ ಮೂಲಕ (ಅನುಕ್ರಮವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸ ಕೋಶದ ಹೊರಗೆ) ಪದೇ ಪದೇ ಹರಡಿದ ರೋಗವಾಗರಬಹುದು.

ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಅಂತಹ ರೋಗರೂಪಗಳು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆ ಯಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ ಇಲ್ಲವೆ ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯುರಿತವು ಕಂಡುಬರಬಹುದು.

೩. ಅನೇಕ ಎದೆ ಚಿತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಚಿಕ್ಕ ಚಿಕ್ಕ ಛಾಯೆಗಳು ಉದ್ಭವ ಗೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಿಂತ ಮೊದಲು ದೈಹಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಗೋಚರಿಸಬಹುದು. ಆ ಲಕ್ಷಣ ಗಳು ಬೇಸರ, ಸುಸ್ತು, ಆಗಾಗ್ಗೆ ನಿದ್ರಾಹೀನತೆ, ತೀವ್ರ ನಾಡಿ ಬಡಿತವಾಗಿರಬಹುದು. ದೈಹಿತ ಉಷ್ಣತೆಯು ಹೆಚ್ಚಲಿಕ್ಕಿಲ್ಲ ಇಲ್ಲವೆ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಏರಬಹುದು. ಕೆಲವೊಂದು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ವ್ರಣಗಳು ರೋಗವು ಪುನಃ ಚಟುವಟಿಕೆಗೊಳ್ಳುವ ಸ್ಥಳಗಳಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿ ವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತವೆ.

ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಕ್ಷಯ

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣ

ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ	ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ	ಪುಪ್ಪುಸದ ಹೊರಗೆ ಗಿಣ್ಣಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ

↓

ಕಿರಿಯ ರಕ್ತಪರಿಚಲನಾ ಚಕ್ರ ← ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಜೀವಾಣುಗಳು → ಹಿರಿಯ ರಕ್ತಪರಿಚಲನಾ ಚಕ್ರ

ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಶೃಂಗದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪನ್ನವಾಗಿ ಮಾಯ ವಾಗುವ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಪುಪ್ಪುಸ ಕ್ಷಯ

ಮೊದಲು ಪುಪ್ಪೊರೆಯುರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಪುಪ್ಪುಸ ಕ್ಷಯ

ತಂಪು ಹರಡಿಕೆ

ಹಾಲ್ರಸ–ರಕ್ತದಿಂದ ಹರಡಿ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಗಟ್ಟಿ ಯಾಗಿಸುವ ಕ್ಷಯ

ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವ ರಕ್ತಾಂ ತರ್ಗತ ಪುಪ್ಪುಸ ಕ್ಷಯ (ಪುನಃ ಪುನಃ ಏಳುವ)

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದೊಡನೆ ತೋರಿಬರುವ

೧) ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಕೆಂಪಾದ ಗಂಟು

೨) ಕಣ್ಣಿನ ಪಾರದರ್ಶಕ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಗಂಟು ಗಳು

ಪುಪ್ಪುಸದ ಹೊರಗೆ ಕ್ಷಯ (ಅಂಗಭಾಗಗಳ ಮತ್ತು ಸುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ)

ಎ) ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿಲ್ಲದೆ ಪ್ರಭಾವಹೀನವಾ ಪುಪ್ಪುಸ ವ್ರಣಗಳು. ಉದಾ : ಮೂ ಮತ್ತು ಕೀಲು, ಕರುಳ ಸುಪ್ಪೊರೆ ಮತ್ತಿತ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ

ಬಿ) ಪ್ರಭಾವಯುತ ಪುಪ್ಪುಸ ಕ್ಷಯ (ಬೇರೂ ಹಬ್ಬಿದ ಕ್ಷಯ

↓

ವಿಸ್ತೃತವಾದ ತೀವ್ರ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ
(ಪ್ರಖರ ಬೆಳವಣಿಗೆ)

ತೀವ್ರ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ

ರೋಗಿಷ್ಠ ಅಂಗರಚನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿದಂತೆ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ವೃದ್ಧಿಗೊಳ್ಳುವ ಸೋಂಕಿನಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯ ಬಹು ಮುಖ್ಯ ರೂಪವು ವಿಸ್ತೃತವಾದ ತೀವ್ರ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯವಾಗಿದೆ. ಯಾವುದೇ ತೀವ್ರ ಸೋಂಕಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಅದು ಹೋಲುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಯೌವನಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗವು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

೩೯–೪೦° ಸೆಂ. ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಉಷ್ಣತೆ ಹೊಂದಿ ಬಿಡದೆ ಬರುವ ಜ್ವರ, ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಉಬ್ಬಸ ಮತ್ತು ನೀಲಿ ಛಾಯೆ ಇವುಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಶ್ವಾಸ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಬಂದುದನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ಕ್ಷಯದ ಕಿರಿಯ ಗಂಟುಗಳು ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳನ್ನು ಹರಡುವುದಲ್ಲದೆ, ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಇತರ ಅಂಗಗಳಲ್ಲೂ ಧಾಳಿಯಿಡುತ್ತವೆ. ಜೀವಾಳ ಅಂಗವಾದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿನ ವ್ರಣದ ಗುಣಲಕ್ಷಣವು ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯುರಿತದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿಯಾಗಿ ಅದರ ಗಾತ್ರವು ಜೋಳದ ಕಾಳಿನಿಂದ ಬಟಾಣಿ ಕಾಳಿನ ವರೆಗೂ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಬಹುದು. ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು ಎಲ್ಲ ಕಡೆಯೂ ಹರಡಿದ್ದು ಅವುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಮೇಲಿನಿಂದ ಕೆಳಕ್ಕೆ ಇಳಿಯುತ್ತ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಶೃಂಗ ಭಾಗಗಳು ರೋಗವನ್ನು ತಪ್ಪದೆ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಹರಡಿಕೆಯು ಏಡಿಗಂತಿ, ಪುಪ್ಪುಸದ ಧೂಳು ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ.

ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ರೋಗವನ್ನು (೧) ವಿಷಮ ಜ್ವರದಂತೆ (ಸೋಂಕಿನ) (೨) ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತಗೊಂಡ (೩) ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸದೊಳಗೆ ಇರುವಂತಹ ತೆರನಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಏಕಾಏಕಿಯಾಗಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಕೆಲ ಸಮಯದ ಸುಸ್ತಿನ ಅನಂತರ, ಹೆಚ್ಚು ಜ್ವರ, ವಿಪರೀತ ಬೆವರುವಿಕೆ, ತೀವ್ರವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಉಬ್ಬಸ ಮತ್ತು ವೇಗಗೊಂಡ ನಾಡಿ ಬಡಿತ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಜ್ಞಾನ ತಪ್ಪಬಹುದು. ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ದೆಶೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು (ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಅತ್ಯಗತ್ಯ) ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಯಾವ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನೂ ತೋರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅನಂತರ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಬಡಿದಾಗ ಪ್ರತಿನಾದಿತಗೊಳ್ಳುವುದು. ಅದಕ್ಕೆ ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯು ಕಾರಣ. ಆ ಪ್ರದೇಶದ ಸಮೀಪ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ. ಆ

ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ, ಚಿಕ್ಕ ಚಿಕ್ಕ ವ್ರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಎಲ್ಲ ಕಡೆ ಹರಡಿರುವುದು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಮಂಜಿನ ಹನಿಗಳು ಹರಡಿದಂತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗದೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಉಬ್ಬಸ ಮತ್ತು ನೀಲಿ ಛಾಯೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ.

ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳ ಇಳಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ ಬಿಳ್ಕಣಗಳ ಇಳಿಯುವಿಕೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಅದು ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವ ಮತ್ತು ಕೆಂದುಕಣಗಳ ಇಳಿತದಿಂದ ಉಂಟಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಡೈಅಜೋ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ನಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಶೇಕಡಾ ೭೫ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಣ್ಜಾಲ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಬೂದಿಬಿಳಿಯ ಮತ್ತು ತಿಳಿ ಹಳದಿಯ ದುಂಡನೆಯ ಇಲ್ಲವೆ ಉದ್ದನೆಯ ಅಸ್ಪಷ್ಟ ಆಕೃತಿಯ ಕಲೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಇವು ಕಣ್ಜಾಲ ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು. ತೀವ್ರ ಹೆಚ್ಚಿನ ನಂಜಿನ ವಸ್ತುಗಳಿಂದಾಗಿ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸದಿರಬಹುದು. ಪ್ಲೀಹವು ದೊಡ್ಡದಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ದೈಹಿಕ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಾದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜ್ವರ, ಉಬ್ಬಸ ಮತ್ತು ನೀಲಿ ಛಾಯೆ, ಮತ್ತು ಕ್ಷ–ಕಿರಣಗಳಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ರೋಗನಿದಾನದ ವಿಧಾನಗಳು ಬೆಳೆದಿವೆ. ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸನಾಲಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲಿದ್ದ ವ್ರಣಗಳು ಅದನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತವೆ.

ರೋಗವನ್ನು ಇತರ ರೋಗಗಳಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸುವಾಗ ವಿಷಮಜ್ವರವನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ವಿವೇಚಿಸಬೇಕು. ಅಲ್ಲಿ ವೈಡಾಲ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ಮಂಡಲದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಉಬ್ಬಸ ಮತ್ತು ನೀಲಿ ಛಾಯೆ ತೋರಿಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲಿ ವಿಶಿಷ್ಟವಾಗಿ ತೋರಿಬರುವ ನಾಡಿ ಬಡಿತದ ಮಂದಗತಿಯು ವಿಷಮಜ್ವರದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಬಹು ಮುಖ್ಯ. ಏಡಿಗಂತಿಯಲ್ಲಿ ಉಬ್ಬಸವು ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣವಾದರೂ ಅಲ್ಲಿ ಜ್ವರ ಇರುವುದಿಲ್ಲ.

ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯುರಿತ ಲಕ್ಷಣಗಳು ತೀವ್ರತರ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯಿನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ರೋಗದ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಕೆಲವೇ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಆಶ್ಚರ್ಯಕಾರಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾಯಿಸುತ್ತದೆ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್, ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಬಳಸುವ ಔಷಧಗಳು. ೧೦ ವರುಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಈ ರೋಗದಿಂದ ಗುಣ ಹೊಂದುವುದು ಅಸಾಧ್ಯವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸ

ಲಾಗಿತ್ತು. ಯೋಗ್ಯ ನಿದಾನ ಕ್ರಮ ಮತ್ತು ತೀವ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಇಂದು ನಿಶ್ಚಿತವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದಬಹುದಾಗಿದೆ. ಕೆಳಕಂಡ ರೋಗ ಚಿತ್ರವು ಯೋಗ್ಯ ಉದಾಹರಣೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿ ಟಿ, ಮಹಿಳೆ, ವಯಸ್ಸು ೨೦, ಮೇ ೧೯೫೧ ರಲ್ಲಿ ಬೇಸರ, ಸುಸ್ತು, ಕೆಮ್ಮು, ಕಫ, ರಾತ್ರಿ ಬೆವರುವಿಕೆ, ತೂಕದ ಇಳುವರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದಳು. ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಯೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕ ಬಂದುದನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಿದಳು. ಆ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರವು ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಯಾವ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನೂ ತೋರಿಸಲಿಲ್ಲ. ದೊಡ್ಡ ಆಕೃತಿಯ ಹೃದಯ. ದೈಹಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ದಿನೇ ದಿನೇ ಕ್ಷೀಣವಾಗತೊಡಗಿತು. ಜೂನ್ ೧೫, ೧೯೫೧ ರಂದು ಉಷ್ಣತೆಯು ೩೯.೫° ಸೆಂ. ಗೆ ಏರಿತು. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ತೆರ ಸುಸ್ತು ಮತ್ತು ಉಬ್ಬಸ. ರೋಗನಿದಾನ : ಪುಪ್ಪುಸದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ, ಹೃದಯ ಸುತ್ತೊಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆ. ಜೂನ್ ೨೩ ರಂದು ರೋಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿದಳು.

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ತುಂಬಾ ಭಯಾನಕ. ಉಷ್ಣತೆಯು ೪೦° ಸೆಂ. ಬಿಳಿಚಿಕೊಂಡ ಚರ್ಮ, ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆ. ಲೋಳ್ಪರೆಯು ನೀಲಿ ಛಾಯೆ, ಬೆರಳ ತುದಿಗಳು ನೀಲಿ ಛಾಯೆ. ಉಬ್ಬಸ (ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ ೩೬ ಬಾರಿ ಉಸಿರಾಟ), ಎರಡೂ ಕಡೆ ಹೃದಯದ ಗಡಿಗಳು ವಿಸ್ತಾರವಾಗಿವೆ. ಅದರ ವ್ಯಾಸ ೨೦° ಸೆಂ.ಮೀ. ಮರ್ಮರಗಳು ಕ್ಷೀಣ. ಎರಡೂ ಪುಪ್ಪುಸಗಳಲ್ಲಿ ಬಿರುಸಾದ ಉಸಿರಾಟದೊಂದಿಗೆ ಅನೇಕ ಕಡೆ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳ ಆಲಿಕೆ. ಕಫವು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ರಕ್ತ : ರಕ್ತವರ್ಣ ೫೨%, ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ೫೮೦೦, ಪಟ್ಟೆ ಕಣಗಳು ೭%, ಗಂಟುಕಣಗಳು ೬೮%, ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ೨೦%, ಒಂಜೀವ ಕಣಗಳು ೫%, ರ. ತ. ಸೇ. ೪೬ ಮಿ.ಮೀ. ಘಂಟೆಗೆ. ಎದೆ ಚಿತ್ರ, ಜೂನ್ ೨೩ : ಎಲ್ಲ ಕಡೆಯಿಂದಲೂ ಹೃದಯದ ಆಕೃತಿ ದೊಡ್ಡದು. ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಛಾಯೆ, ವ್ಯಾಸ ೧೮ ಸೆಂ. ಮೀ. ಬಾಟಲಿಯಂತೆ ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯ ಛಾಯೆ, ಅವೆಲ್ಲ ಹೃದಯ ಸುತ್ತೊಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ–ಒಸರಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಎರಡೂ ಪುಪ್ಪುಸಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿ ಹರಡಿದ ಸೂಜಿತಲೆಯ ಗಾತ್ರದ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು (ಚಿತ್ರ ೩೫).

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿದಂದಿನಿಂದ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಗೆ ೦.೫ ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ಕೊಡುಗೆ, ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ. ೧೦ ನೆಯ ದಿನ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಬೆನ್ನಿನಿಂದ ತೆಗೆದ ದ್ರವವು ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯುರಿತವನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಿತು (ಪ್ರೋಟೀನ್ ೦.೦೩%, ಕಣಗಳು ಒಂದು ಘನ ಮಿ.ಮೀ. ನಲ್ಲಿ ೧೧೮, ಪ್ಯಾಂಡೆ ಪರೀಕ್ಷೆ +++, ಸಕ್ಕರೆ ೩೧

ಮಿ.ಗ್ರಾಂ.). ಮರುದಿನದಿಂದ ಕತ್ತಿನೊಳಗೆ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಕೊಡುಗೆ. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ದಿನವೂ ೬ ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ಪಾಸ್ ಕೊಡಲಾಯಿತು. ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ತಳದಲ್ಲಿ ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ತೋರಿದರೂ ಹೃದಯ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಗುಣಮುಖವಾದುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು.

ರೋಗವು ೧೦ ತಿಂಗಳ ಪರ್ಯಂತ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿತು. ಆ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ೧೨೫ ಗ್ರಾಂ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಗೆ, ೬೫ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್‌ಗಳನ್ನು ೫೦,೦೦೦ ಯುನಿಟ್ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕತ್ತಿನೊಳಗೆ, ಮತ್ತು ೧೬೦೦ ಗ್ರಾಂ. ಪಾಸ್‌ನ್ನು ಕೊಡಲಾಯಿತು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯು ಸುಧಾರಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿತು. ಪುಪ್ಪುಸದ ವ್ರಣಗಳೆಲ್ಲ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಾಯವಾದವು (ಚಿತ್ರ ೩೬).

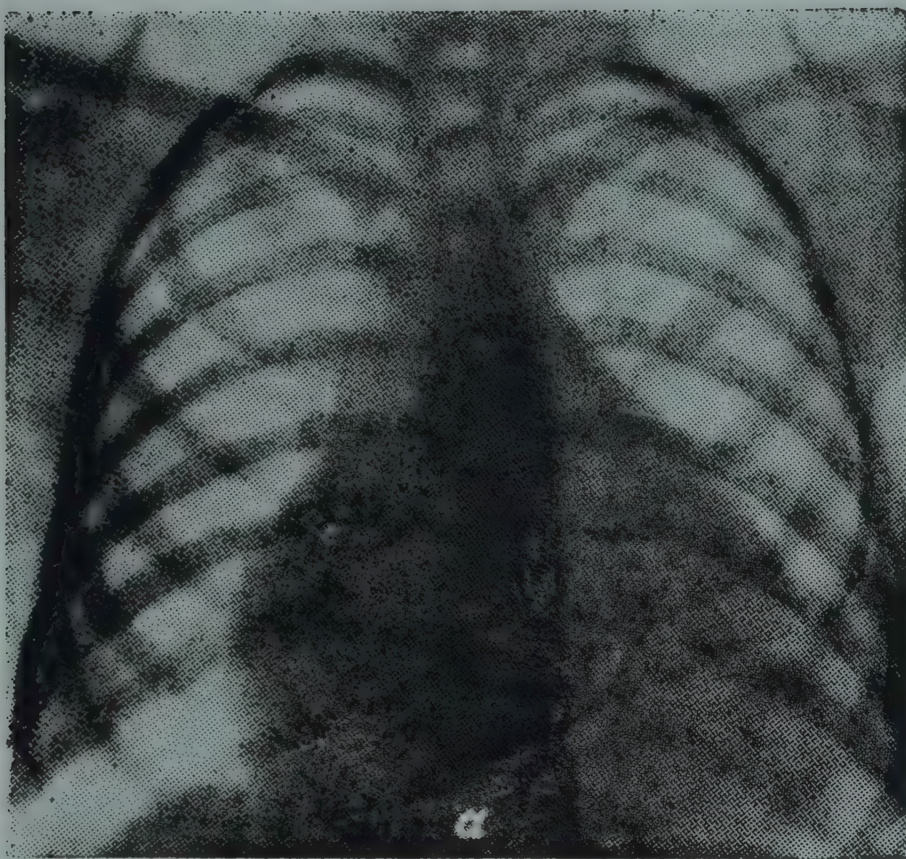
ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದಿದಾಗ, ನರಮಂಡಲ, ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ನ್ಯೂನತೆಗಳೂ ಗೋಚರಿಸಲಿಲ್ಲ.

ಅನಂತರದ ಎರಡು ವರುಷಗಳ ಹಿಂಬಾಲಿಕೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯು ಆರೋಗ್ಯಶಾಲಿಯಾಗಿದ್ದು, ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ ನಿರತಳಾಗಿದ್ದಳು.

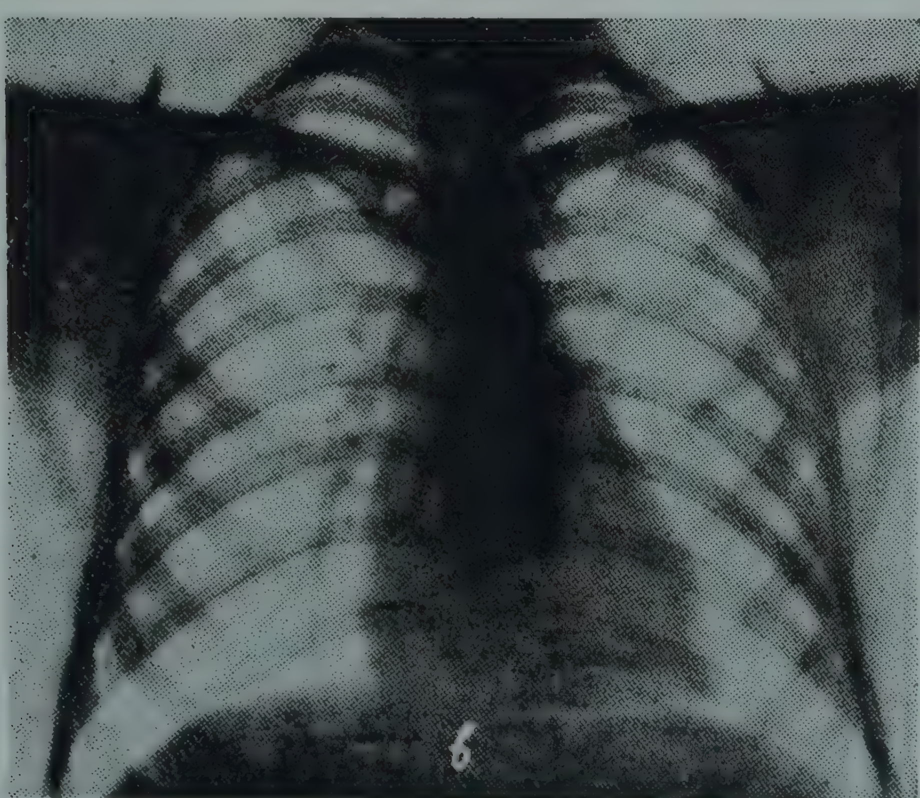
ನಿರ್ಣಯ : ಪುಪ್ಪುಸದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ, ಹೃದಯಪೊರೆಯುರಿತ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯುರಿತ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಗುಣಮುಖ.

ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳಪೊರೆಯುರಿತ

ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ತಳದಲ್ಲಿ ರೋಗವಿರುವುದು ಕೂಡಲೇ ಗೊತ್ತಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ತೀವ್ರ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಮೊದಲು ಆಲಸ್ಯ, ಸುಸ್ತು, ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಅನಂತರ ತೀವ್ರತರವಾಗಿ ವೇದನೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ತಲೆನೋವು, ಜೊತೆಗೆ ಕತ್ತಿನ ಹಿಡಿಕೆ (ಹಿಂದಕ್ಕೆಳೆಯಲ್ಪಟ್ಟ ಕತ್ತು), ಕರ್ನಿಗ್‌ನ ಲಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾದ ಬಂಧಕಗಳ ಪರಾವರ್ತನೆ. ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ವಿಸ್ತೃತ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯವು ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಕಪಾಲ ನರ (ಆರು ಮತ್ತು ಏಳು) ಗಳು ರೋಗದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿ ಕ್ರಿಯಾಹೀನಗೊಳ್ಳುವುವು. ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯುರಿತವನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಲು ಬೆನ್ನಿನಲ್ಲಿ ಸೂಜಿ ಹಾಕಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಮೆದುಳಬಳ್ಳಿಯ ದ್ರವವು ನರಗಳಿಂದ ಸ್ರವಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತ ದ್ರವ



ಚಿತ್ರ ೩೫: ರೋಗಿ ಟಿ ಯ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ. ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ, ಕ್ಷಯದಿಂದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಉರಿಯೂತ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೊದಲು ಹೃದಯ ಸುತ್ತ್ಪೊರೆಯ ಉರಿಯೂತ



ಚಿತ್ರ ೩೬ : ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಅದೇ ರೋಗಿಯ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ

ದಿಂದ ಸೋಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆಯೆಂದು ತಿಳಿಯಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದು, ಅದು ರೋಗದ ಪ್ರಭಾವಯುತ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಬಿಳುಪಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದು ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತಡ ದಿಂದ ಹೊರಬರುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಬಹಳ ಸಮಯ ಇರಿಸಿದರೆ ಅಲ್ಲಿ ನಾರಿನ ಎಳೆ ಗಳು ಜಾಲದಂತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಅಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಕಂಡುಬರು ತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆಯ ಪ್ರಮಾಣವು ಇಳಿದು, ಅದು ೧೦ ರಿಂದ ೧೩ ಮಿ.ಗ್ರಾಂ.% ವರೆಗೆ ತೋರುತ್ತದೆ. ಮೆದುಳಬಳ್ಳಿಯ ದ್ರವದಲ್ಲಿ ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಹೆಚ್ಚಿರು ತ್ತದೆ.

ನಿರೋಗಿಯಾಗಿದ್ದಾಗ ಮತ್ತು ರೋಗ ಹೊಂದಿದಾಗ ಮೆದುಳಬಳ್ಳಿಯ ದ್ರವದ ರಚನೆಯನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಪಟ್ಟಿಯು ತೋರಿಸಿಕೊಡುತ್ತದೆ.

ಮೆದುಳಬಳ್ಳಿಯ ದ್ರವ

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ (ಬರ್ಗರ್‌ರಂತೆ)		ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳಪೊರೆಯ ಉರಿತದಲ್ಲಿ
ಬಹಿರೂಪ	ಪಾರದರ್ಶಕ	ಸ್ವಲ್ಪ ಮಸುಕು, ನಿಂತ ಮೇಲೆ ನಾರೆಳೆಯ ನೆಯಿಗೆಯಂತೆ ತೋರಿಕೆ
ಒತ್ತಡ	೬೦–೨೦೦ ಮಿ. ಮೀ.	ಹೆಚ್ಚು
ಜೀವಕಣಗಳು	೦–೮ / ೩	೫೦ / ೩ ರಿಂದ ೧೦೦೦ / ೩
ಪ್ರೋಟೀನುಗಳು %	೦,೨–೦.೩	೦.೯–೨
ಪ್ಯಾಂಡೆ ಪರೀಕ್ಷೆ	ನಕಾರಾತ್ಮಕ	ಹೆಚ್ಚು ನಿಶ್ಚಿತ
ನೊನೆ ಅಪೆಲೆಟ್ ಪರೀಕ್ಷೆ	ನಕಾರಾತ್ಮಕ	ಹೆಚ್ಚು ನಿಶ್ಚಿತ
ಸಕ್ಕರೆ %	೪೫ ರಿಂದ ೭೫	೪೦ (ಎಲ್ಲೋ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ)
ಕ್ಲೋರೈಡುಗಳು %	೭೦೦ ರಿಂದ ೭೨೦	೫೬೦ ರಿಂದ ೫೮೦

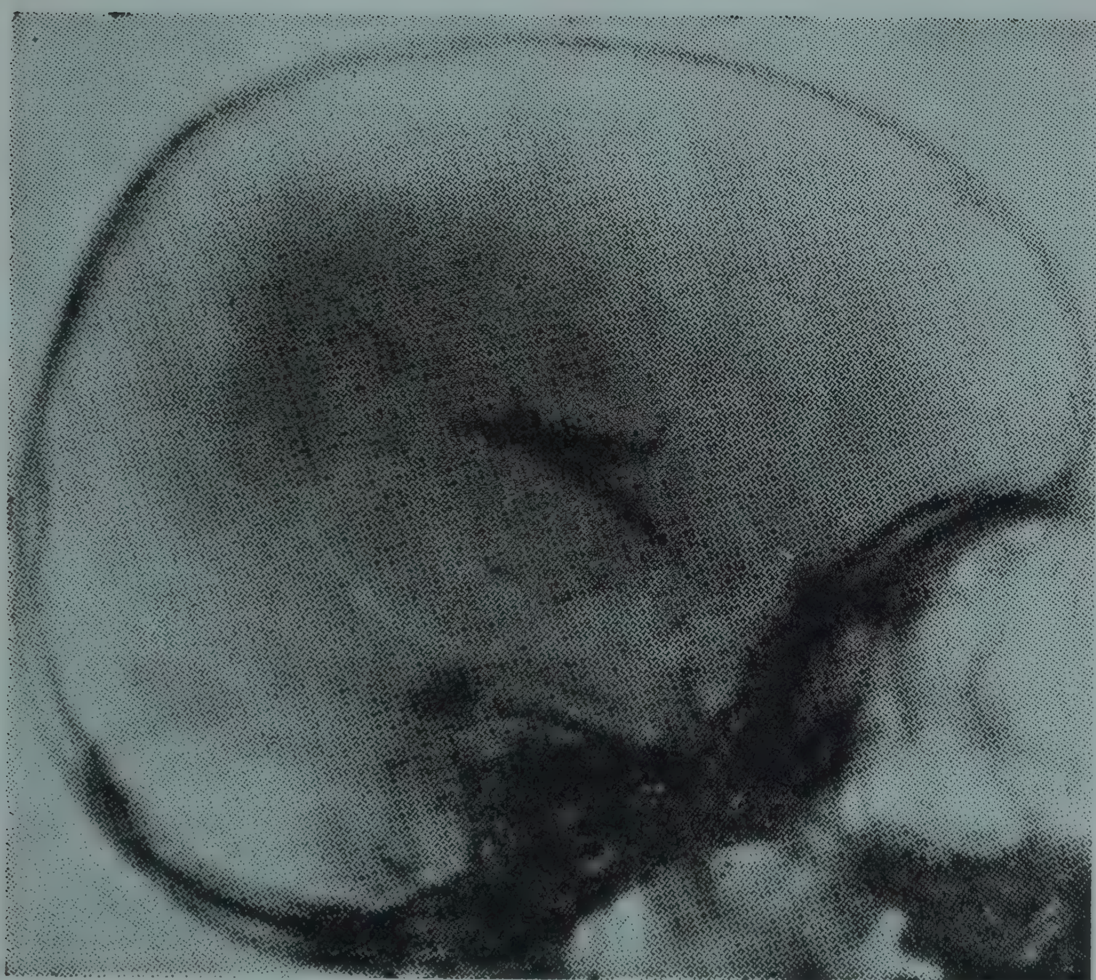
ನಿದಾನ ಕ್ರಮ : ರೋಗಿಯು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲದೆ, ಮೆದುಳ ಬಳ್ಳಿಯ ದ್ರವದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಫಲವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದ ಕಡಿಮೆ ಯಾದ ಸಕ್ಕರೆ ಪ್ರಮಾಣ, ಜೀವಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಏರಿಕೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆ, ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದವುಗಳಾಗಿವೆ. ಇತರ ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟ, ನೀರಿನ (ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮೆದುಳಪೊರೆಯುರಿತ, ಮಂಗಬಾವಿನ ನಂತರದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆ ಯುರಿತ) ಅಥವಾ ಕೀವಿನ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಉರಿತ, ಮಕ್ಕಳ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು

ರೋಗ ಮತ್ತು ಮೆದುಳಿನ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳು (ಅರ್ಬುದ ರೋಗ, ಕೀವುಗಂಟು ಮತ್ತಿತರ) ಗಳಿಂದ ಈ ರೋಗವನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಿ ಅದರ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ.

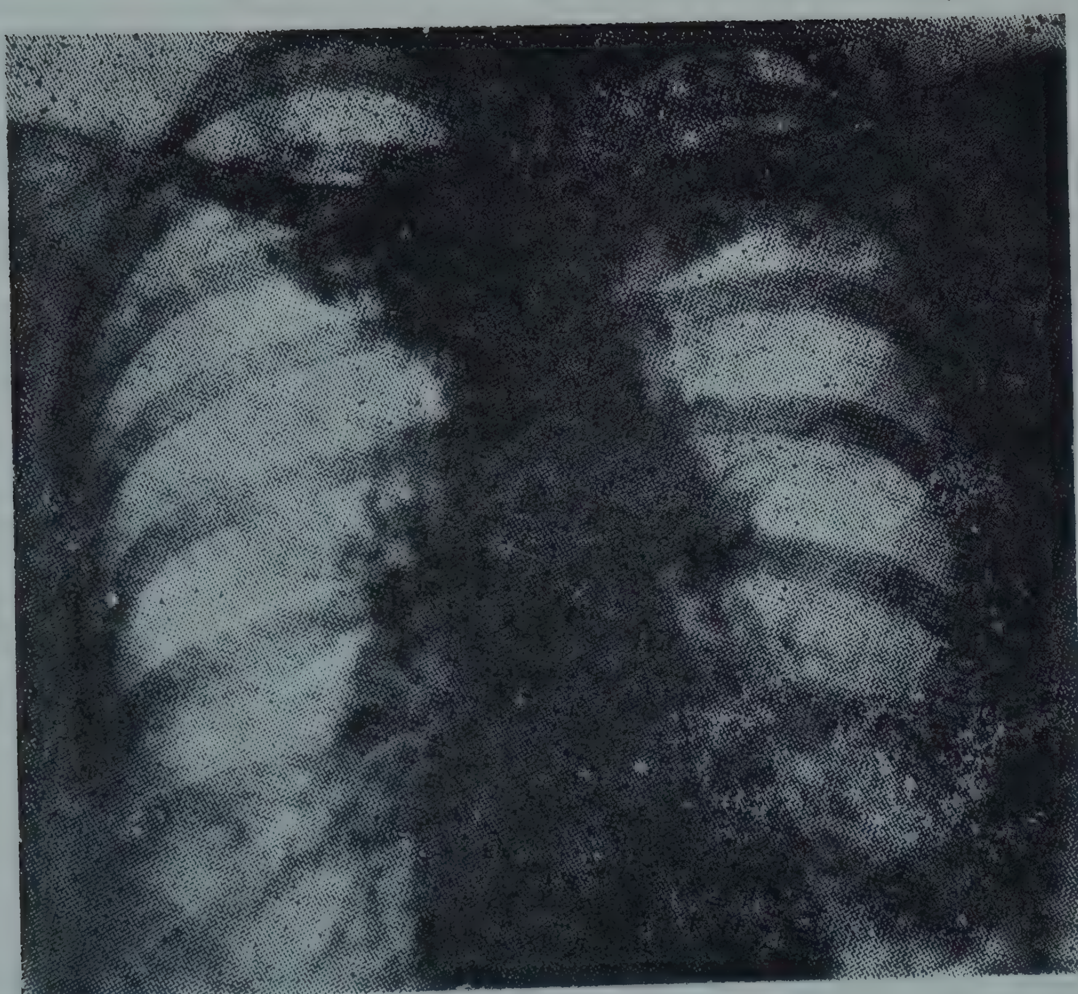
ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಮಾನಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಉರಿತವನ್ನು ಪದೇ ಪದೇ ಬೆನ್ನಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚಿ ನೀರು ತೆಗೆಯುವ ಮೂಲಕ ಹಾಗೂ ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಸೇರಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದ್ದಿತು. ಇಂದು ಬೆನ್ನಿನಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚುವ ವಿಧಾನವು ಅಷ್ಟಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿಲ್ಲ. ರೋಗವು ತುಂಬಾ ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗ ಮಾತ್ರ ಬೆನ್ನಿನೊಳಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಚುಚ್ಚಲಾಗುವುದು (೧೦ ರಿಂದ ೧೫ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್‌ಗಳು). ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಬಾಯಿಯ ಮೂಲಕ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಬೆನ್ನಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚದಿರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡು ಮೂಲಭೂತ ಔಷಧಗಳನ್ನು– ಬಾಯಿಂದ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಗೆ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮೂರು (ಥೈವಿಜೈಡ್, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್, ಪಾಸ್) ಔಷಧಗಳನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ತುಂಬಾ ಭೀಕರವಾಗಿ ಮಾನಸಿಕ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳನ್ನು ತೊಡಕಾಗಿ ತೋರಿಸುವಾಗ, ಮೇಲಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಸೋತರೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಂಕೀರ್ಣವನ್ನು ರಸದೂತಗಳಿಂದ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿಯ ಹೊರ ಪದರನ್ನು ಉದ್ದೀಪನಗೊಳಿಸುವ ರಸದೂತ (ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್.) ವನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ ೧೦ ರಿಂದ ೨೦ ಯುನಿಟ್‌ಗಳಂತೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ೩–೪ ವಾರಗಳು ಕೊಟ್ಟು, ಯಶಸ್ವಿಗೊಳಿಸಬೇಕು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಬೇಗ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದಲ್ಲಿ (ಪ್ರಾರಂಭದ ೫ ರಿಂದ ೮ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ), ಮೆದುಳಪೊರೆಯುರಿತದಲ್ಲಿ ಬೇಗ ಗುಣ ಹೊಂದುವ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರಿಸಿ ಅನಂತರ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಚೇತರಿಕೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಕೆಲವು ಬಾರಿ, ನಾರಿನಂತೆ ಒರಟಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಸುಣ್ಣಕಲ್ಲಿನ ಉಳಿಕೆಗಳು ಉಳಿಯುತ್ತವೆ (ಎ. ವಿ. ಅಲೆಕ್ಸಾಂಡೋವಾ) (ಚಿತ್ರ ೩೭). ರೋಗದಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡ ಮೇಲೂ, ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕನಿಷ್ಠಪಕ್ಷ ಒಂದು ವರುಷ ಕಾಲ ಕೊಡಬೇಕು. ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್‌ನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಅಲ್ಲದೆ ರೋಗಿಯು ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿ ಪುನಶ್ಚೇತನ ಹೊಂದಿ ಅನಂತರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮುಂದುವರಿಕೆಗೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬರುತ್ತಿರಬೇಕು.

ಮೊದಲು ಭಯಾನಕವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಉರಿತವು ಇಂದು ಕೂಡಲೇ ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸಾಕ್ರಮದಿಂದ ಗುಣ ಹೊಂದಬಹುದಾಗಿದೆ.



ಚಿತ್ರ ೩೭ : ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳಪೊರೆಯ ಉರಿಯೂತದ ನಂತರ ಎಳೆಯನೊಬ್ಬನಲ್ಲಿ,
ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ಕುರುಹುಗಳು



ಚಿತ್ರ ೩೮ : ಪುಪ್ಪುಸದ ಶೃಂಗ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹರಡಿದ ವ್ರಣಸಮುದಾಯ

ದೀರ್ಘಾವಧಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆ

ಅಂತರ್ಗತ ಸೋಂಕಿನಿಂದ, ದೀರ್ಘಾವಧಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯ ರೋಗ ವುಂಟಾಗಬಹುದು. ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತೀವ್ರವಾದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯುವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ರೋಗಗಳ ಶೇಕಡಾ ೨೦ ರಿಂದ ೩೦ ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವು ತೀವ್ರ ತೆರನಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುವುದಿಲ್ಲ. ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕೆಳಗಿಳಿಸುವ ಪ್ರಮೇಯುಗಳು ರೋಗವನ್ನುಂಟುಮಾಡಬಲ್ಲವು. ಯುದ್ಧ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಆ ತೆರನಾದ ರೋಗ ಬರುವಿಕೆ ವಿಪುಲವಾಗಿದ್ದಿತು.

ಒಸರಿಕೆಯ ರೋಗ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವ ಕ್ಷಯರೂಪದ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳಿದುದು ಇಲ್ಲೂ ಸಮರ್ಪಕವೆನಿಸುತ್ತದೆ.

ದೀರ್ಘಾವಧಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಕ್ಷಯರೂಪದಲ್ಲಿ, ಅವುಗಳ ಮಹತ್ವವು ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಲ್ಲದೆ, ಕ್ಷಯದ ನಿಜವಾದ ಉದ್ಭವದಲ್ಲಿಯೂ ಅಡಗಿದೆ. ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ನಾರಿನ ಪೊಳ್ಳು ಕ್ಷಯರೋಗವು ಹರಡಿಕೆಯ ಪ್ರಬಲ ಸೋಂಕಿನ ಮುಖಾಂತರ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವುದೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದೆ. ಸಾವೆ ಕ್ಷಯುದಲ್ಲಿಯಂತೆ, ರೋಗ ನಿದಾನದಲ್ಲಿ ಎದೆಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವು ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರವನ್ನಾಡುತ್ತದೆ. ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯು ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಛಾಯೆ ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಫುಟವಾಗಿ ಮೊದಲು ತೋರಿಸುತ್ತದೆಂದು ತಿಳುವಳಿಕೆ. ಸಾವೆಯ ರೂಪದ ಛಾಯೆಗಳು ಅನಂತರ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಅನಂತರ ತೀವ್ರವಲ್ಲದ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಎದೆಚಿತ್ರದ ಈ ಛಾಯೆಗಳು ಮಾಯವಾಗುತ್ತವೆ. ಇಲ್ಲವೆ ಒರಟು ಛಾಯೆಗಳನ್ನು ಹಿಂದೆ ಬಿಡುತ್ತವೆ.

ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದೊಡನೆಯೇ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯು ಕಂಡು ಬರಬಹುದು. ಆ ರೀತಿಯ ಹರಡಿಕೆಯು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಈ ಚಿಕ್ಕ ಕ್ಷಯುಗಂಟುಗಳು ಸುತ್ತಲೂ ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತವೆ. ಅದು ಕರಗಿದಂತೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅನಂತರ ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ದಪ್ಪ ಛಾಯೆ ಇಲ್ಲವೆ ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ಛಾಯೆಯಂತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಈ ರೀತಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ರೂಪಿನ ಕ್ಷಯುಗಂಟುಗಳು ನಾಭಿಯ ಸುತ್ತ ಹರಡಿದಾಗ ಅವುಗಳನ್ನು ಸೈಮನ್ ಗುಂಪುಸಮುದಾಯವೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗಿದೆ (ಚಿತ್ರ ೩೮). ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಹರಡಿದ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ನಾರಿನ ಜಾಲ ಇಲ್ಲವೆ ಪಟ್ಟೆ ಉಳಿದಿರುತ್ತದೆ. ಮೊದಲು ಹರಡಿದ ವ್ರಣಗಳು ಆ ರೀತಿ ನಾರಿನಂತೆ ಬದಲಾಗುವುದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದಲ್ಲಿ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಜರುಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಗುಣ ಹೊಂದಲು ೧½ ಯಿಂದ ೩ ವರುಷಗಳಷ್ಟು ಕಾಲ ಹಿಡಿಯುತ್ತದೆ. ಆ ಬೆಳ

ವಣಿಗೆಯು ಯಾವುದೇ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸದೆ ಇರಬಹುದು. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಸುಸ್ತು, ಬೇಸರ ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ.

ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯು ಸಮಾನಾಂತರವಾಗಿದ್ದು, ಎರಡೂ ಕಡೆಯ ವ್ರಣಗಳು ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಇದು ಅವುಗಳ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ಹೊರಗೆಡಹುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳು ಅವುಗಳ ಪ್ರಾರಂಭವನ್ನು ತಿಳಿದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅವರು ಸುಸ್ತು ಆಗುವುದನ್ನು ಒಂದೇ ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿ ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ನಡೆದಾಗ ಉಬ್ಬಸ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಇತರ ರೋಗಿಗಳು ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು (ನಿದ್ರಾಹೀನತೆ, ತೀವ್ರ ನಾಡಿ ಬಡಿತ, ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ) ತೋರ್ಪಡಿಸಬಹುದು. ಅನೇಕರಲ್ಲಿ ನರ ದೌರ್ಬಲ್ಯ ತೋರಿಬಂದು ರೋಗಿಷ್ಠ ಭಾವನೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಗುರಾಣಿ ಗ್ರಂಥಿಯ ಅತಿಸ್ರಾವದ ಲಕ್ಷಣಗಳಂತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಹೊರಗೆ ಸದೃಢವಾಗಿ ತೋರಿಬರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ಒಳಗೆ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ರೋಗಗಂಟು ಉದ್ಭವವಾಗಬಹುದು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮೊದಲಿನ ಅಮೂಲ್ಯ ದಿನಗಳನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡದೇ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಆ ದಿನಗಳು ತುಂಬಾ ಅಮೂಲ್ಯವಾದುವು. ಏಕೆಂದರೆ ಆಗ ಒಳ್ಳೆಯ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೂತ್ರಗಳ ಪಾಲನೆ ಮತ್ತು ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತಡೆದು ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣ ಹೊಂದಬಹುದು.

ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಮೊದಲು ಗೋಚರಿಸಿದ ರಕ್ತಕಫದ ನಂತರ, ಪುಪ್ಪುಸದ ಹೆಚ್ಚು ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವ್ರಣಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತೃತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವ್ರಣಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದರೂ, ಬಹಳ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು ತೋರುತ್ತವೆ. ಶ್ರಮದ ಅನಂತರ ಗೋಚರಿಸುವ ಉಬ್ಬಸ ಮಾತ್ರ ಗಮನಾರ್ಹ. ಸಾವೆ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಪ್ಲೀಹವು ಇಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕೈಗೆ ಸಿಕ್ಕುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಗಳು ದೈಹಿಕ ಸುಸ್ತು ಮತ್ತು ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ಜ್ವರವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ.

ರೋಗವು ಪ್ರಬಲ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದದೆ ಗುಣ ಹೊಂದಿದರೆ, ೨–೩ ವರುಷಗಳ ನಂತರ, ವ್ರಣದ ಸ್ಥಳವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದೂ ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರವಾಗುತ್ತಡೆ. ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಛಾಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಜಾಲ ರೀತಿ ನೆಯ್ದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಮತ್ತು ದೃಢವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತವೆ.

ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿದ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಅಲೆಯಂತೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ ಮತ್ತು

ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುವ ಜೀವಾಣುಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ.

ಅಂತಹ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಇತರ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದ ಕ್ಷಯದ ಚಪ್ಪಟೆ ಗಂಟುಗಳು, ಕಣ್ಣಿನ ಪಾರದರ್ಶಕ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಗಂಟುಗಳು, ಚರ್ಮದಡಿ ಕೆಂಪು ಗಂಟುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಆಗಲೇ ವಿವರಣೆಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಇಂದು ನಾವು ತಿಳಿದಂತೆ, ಬಾಲ್ಯದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯಿಂದ ಬಂದುವಾಗಿವೆ. ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲೂ ಕೆಲವು ಬಾರಿ, ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ, ಕ್ಷಯದ ಪ್ರತಿರೂಪ ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ವ್ರಣಗಳು ಚರ್ಮ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಮೂತ್ರಕೋಶ, ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕೀಲುಗಳು, ಸುತ್ತೊಪ್ಪರೆ, ಮತ್ತು ಒಳಕಿವಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಆ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ಅಂತಹ ವ್ರಣಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ ರೋಗಿಯ ಸುದೀರ್ಘ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಅದೇ ರೀತಿಯಾಗಿ ಮೊದಲು ಗೋಚರಿಸದ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣವಾಗಿ ದನಿನಾಳದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯವು ಕಂಡುಬರಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ನೆನಪಿಸಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ತೀವ್ರಗೊಂಡು ಬೆಳೆದಿದ್ದರೆ, ಆ ಸ್ಥಳವನ್ನು ಬೆರಳಿನಿಂದ ಬಡಿದಾಗ ನಾದವು ಅಸ್ಪಷ್ಟಗೊಂಡರೂ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಪ್ರತಿಸಾದಿತ ಧ್ವನಿಯನ್ನು ತೋರಬಹುದು. ಎದೆ ಚಿತ್ರವು ಸ್ಪಷ್ಟ ಗೆರೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ತುಂತುರು ಹನಿಗಳಂತಹ ಛಾಯೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುವುದು.

ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ದೆಶೆಯಲ್ಲಿ, ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಗೋಚರಿಸಬಹುದು. ಪದೇ ಪದೇ ಬರುವ ಉಸಿರುನಾಳದ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಣ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳನ್ನು ಶೀತ ಸ್ರಾವವೆಂದು ತಪ್ಪು ಭಾವನೆ ಹೊಂದುವುದು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಈ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಅವು ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಛಾಯೆಗಳಾಗಿ ಅಸ್ಪಷ್ಟ ಆಕೃತಿಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತವೆ (ಮುಚ್ಚಿದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು).

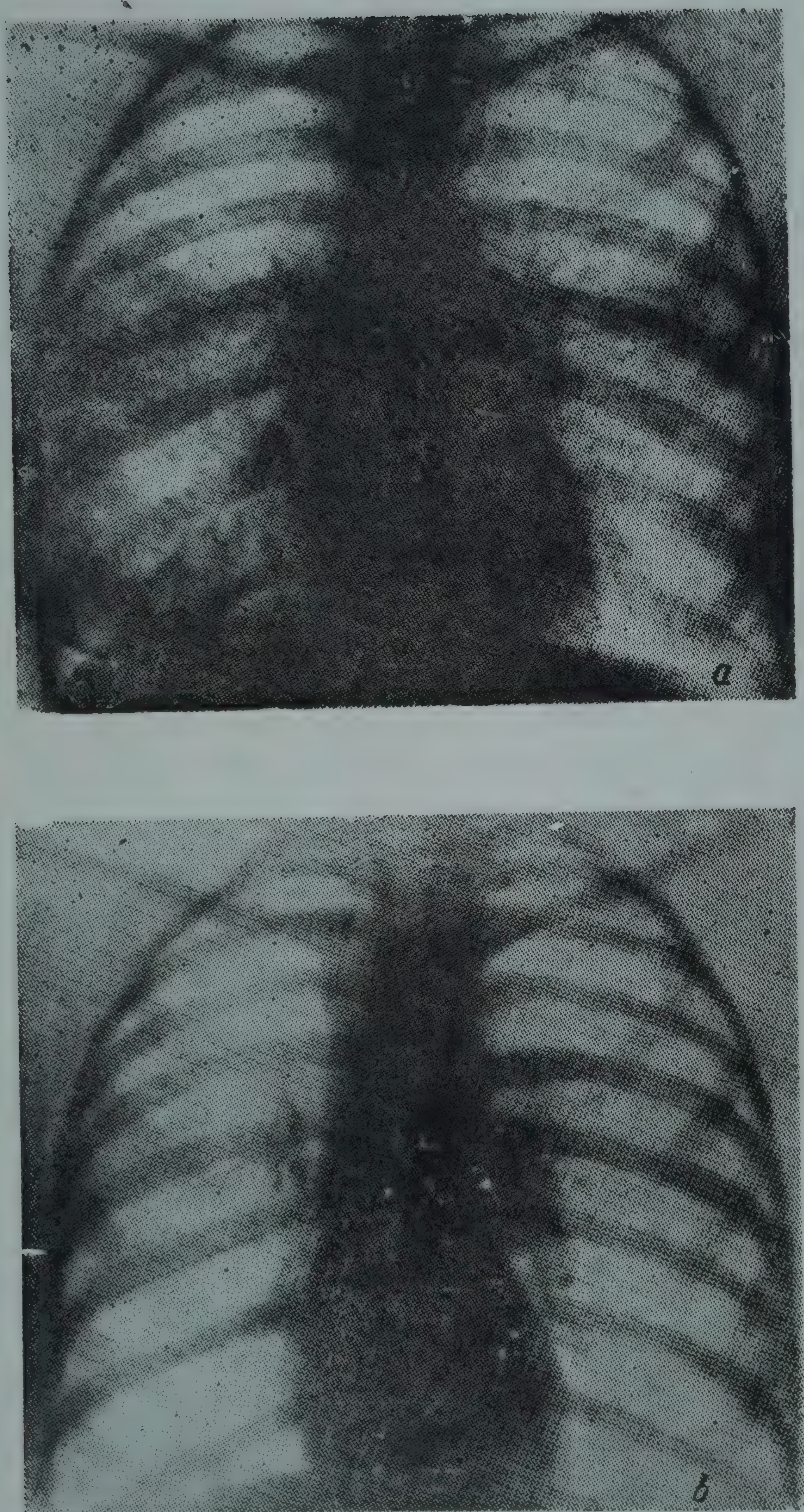
ರೋಗ ನಿದಾನ ಮತ್ತು ಇತರ ರೋಗಗಳಿಂದ ಬೇರ್ಪಡೆ : ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳ ಚರಿತ್ರೆ, ಮನೆತನ, ಪರಿಸರದ ಸಂಪರ್ಕ, ಮತ್ತು ಕ್ಷಯ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಮೊದಲ ಲಕ್ಷಣಗಳ ವಿವರವು ಬಹು ಮುಖ್ಯ. ಮೊದಲು ಉಂಟಾದ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯು ಗೋಚರಿಸದಿದ್ದಾಗಲೂ, ಅದು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ–ಒಸರಿಕೆಯಿಂದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಬಹುದು. ಲೇಖಕನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ೩೦೦೦ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯಗಳಲ್ಲಿ

ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ– ಶೇಕಡಾ ೧೦ ರಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಫೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡುಬಂದವು. ಜ್ವರ ಮತ್ತು ತೀವ್ರ ನಾಡಿಬಡಿತವು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಹೃದಯದ ಒಳಪೊರೆಯ ಉರಿತದಿಂದಾಗಿದೆಯೇ ಎಂಬ ಸಂಶಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡಿದರೂ, ವಿವರವಾದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಅಭ್ಯಸಿಸಿದ ಎದೆ ಚಿತ್ರವು, ಅದು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದ ಉಂಟಾದುದೆಂಬುದನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಅನುವಳಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರಿಸುವವರೆಗೂ ರೋಗ ನಿದಾನವು ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರ. ಆಗ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಕಫದಲ್ಲಿರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಬದಲಾವಣೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗದ ಹಂತವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ, ರಕ್ತಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಬಹುರೂಪಿ ಕಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಎಡಕ್ಕೆ ಸ್ಥಳಾಂತರಗೊಂಡಿರುತ್ತವೆ, ಒಂಜೀವ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ, ರ. ತ. ಸೇ. ಕೆಲಮಟ್ಟಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಪ್ರೋಟಿನ್ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯು ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ಮುನ್ನೋಟ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಹೆಚ್ಚು ನಾಶವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಕ್ಷಯದ ರೂಪಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ನಿಯಮ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಗಳೊಡನೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಚಾಚೂ ತಪ್ಪದಂತೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬೇಗನೇ ಮಣಿಯುತ್ತವೆ. ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಕ್ವಚಿತ್ತಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುವುದು. ಅದು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೂ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸಂಗತಿಯು ಅದನ್ನು ಸಿದ್ಧ ಮಾಡಿ ತೋರಿಸುವ ಉದಾಹರಣೆಯಾಗಿದೆ.

ರೋಗಿ ಆರ್. ಎ. ಮಹಿಳೆ, ವಯಸ್ಸು ೧೯, ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಬಲಗಡೆ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಪುಪ್ಫುಸುರಿತವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಳು. ಡಿಸೆಂಬರ್ ೧೯೫೩ ಮತ್ತು ಜನವರಿ ೧೯೫೪ ರಲ್ಲಿ ಅದೇ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ಪುಪ್ಫುಸದುರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ೧೯೫೪ ರ ಮಾರ್ಚನಲ್ಲಿ, ಪುಪ್ಫುಸದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ರಕ್ತಸ್ರಾವ (ಸುಮಾರು ೧೦೦ ಮಿ. ಲೀ. ರಕ್ತ) ವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರುವಂತೆ ಮಾಡಿತು. ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಿದಳು. ಎದೆ ಚಿತ್ರವು ಹರಡಿದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯವನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಆ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯು ಅಸಮರ್ಪಕ. ಉಷ್ಣತೆಯು ಸಾಯಂಕಾಲ ೩೭.೪–೩೭.೬° ಸೆಂ. ತೀವ್ರ ಉಬ್ಬಸ, ಕೆಮ್ಮು–ಕಫ. ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೩೭ ಮಿ. ಮೀ. ಬಲ ಪುಪ್ಫುಸದ ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು. ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಎದೆ ಚಿತ್ರವು ಪುಪ್ಫುಸದ ಎರಡೂ ಕಡೆ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿದ ಸಾವೆಯಂತಹ ಛಾಯೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಬಲ ಪುಪ್ಫುಸದ ತಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗೂಡಿದ ಛಾಯೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಿತು (ಚಿತ್ರ ೩೯, ಎ).

ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಕ್ಷಯರೋಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಯೋಜಿತ ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಯಿತು (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋ



ಚಿತ್ರ ೩೯ : ರೋಗಿ 'ಪಿ ಯ ಪುಪ್ಪುಸದ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಗಳು
ಎ) ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮೊದಲು : ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಬೇರೂರಿದ
ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯ ಬಿ) ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ :
ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿದ್ದ ವ್ರಣಗಳ ಹೀರಿಕೆ

ಮೈಸಿನ್ ೭೮ ಗ್ರಾಂ., ಥೈವಿಜೈಡ್ ೧೦೦ ಗ್ರಾಂ). ಅದರ ಫಲವಾಗಿ ನಂಜಿನ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಾಯವಾದವು. ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬರದಾದವು. ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಅಗೋಚರವಾಗುತ್ತ ಸಾಗಿದವು. ಪುಪ್ಪುಸ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಜಾಲದಂತಹ ಛಾಯೆಗಳು ಮಾತ್ರ ಉಳಿದು, ದೊಡ್ಡ ಛಾಯೆಗಳೆಲ್ಲ ಮಾಯವಾದವು. (ಚಿತ್ರ ೩೯ ಬಿ).

ಮಾರ್ಚ ೧೯೫೫ ರಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಪರಿಶೀಲನಾ ಪರೀಕ್ಷೆಯು, ರೋಗಿಯು ಆರೋಗ್ಯದಿಂದಿರುವುದನ್ನು ಮತ್ತು ತನ್ನ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಪುನರ್ ಸ್ಥಳಾಂತರ ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿತು.

ನಿರ್ಣಯ : ರಕ್ತಾಂತರವಾಗಿ ಪರಡಿದ ವಿಸ್ತೃತ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯ. ಜೀವಾಣು ರೋಧಕಗಳಿಂದ ಅದರ ಯಶಸ್ವೀ ಚಿಕಿತ್ಸೆ. ಪುಪ್ಪುಸದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮಾಯಗೊಂಡು ಗುಣ ಹೊಂದಿದುದು.

ಪರಿಮಿತ (ಗಂಟುಗಟ್ಟಿದ) ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯ

ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿರುವ ವಿಂಗಡಣೆಯ ಪರಿಮಿತ ಕ್ಷಯವು ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿದ ರೋಗವೆಂದು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳ ಉದ್ಭವವು ವಿವಿಧ ರೀತಿಯದಾಗಿರಬಹುದು. ಒಸರಿಕೆಯ ಇಲ್ಲವೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಸೂಚಿಸುವ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯವು ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡು, ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ಮೇಲೆ, ಅನೇಕ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ಸಣ್ಣಗೆ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಸುಣ್ಣಗೊಂಡು ಅಲ್ಲಿದ್ದ ವ್ರಣದ ಕುರುಹಾಗಿ ಉಳಿಯುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ವ್ರಣಗಳು ಸಣ್ಣಗೆ, ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿದ್ದು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತವಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಅವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸೋಂಕಿನ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದೊಡನೆ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಅವು ಉಳಿಕೆ ವಸ್ತುವಿನ ಕುರುಹುಗಳಾಗಿದ್ದು ಯಾವ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಪಡೆದಿಲ್ಲ.

ಒಸರಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ, ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದ ಮೃದು ವ್ರಣಗಳು ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸುವ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯದ ಪ್ರಾರಂಭದ ಲಕ್ಷಣಗಳಾಗಿ ಕಂಡುಬರಬಹುದು (ಜಿ.ಆರ್.ರುಬಿನ್‌ಸ್ಟೀನ್ ಮತ್ತು ಐ.ವೈ.ಕೊಚ್ನೋವಾ). ಈ ವ್ರಣಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ, ಅದರಲ್ಲೂ ಶೃಂಗದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ರೋಗ ರಚನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ವರ್ಣಿಸಿದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಪರಡಿಕೆಯಿಂದ ಇವುಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಸಾಧ್ಯ. ಅವು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಪರಡಿಕೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಉಂಟಾದ ವ್ರಣಗಳೇ ಹೇಗೆಂಬುದನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಬೇಕು.

ಯೋಗ್ಯ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಸಮರ್ಪಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಅವು ಹೀರಿಹೋಗಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಅಂಶಗಳು ನಾರಿನಂತೆ ಅಥವಾ ಸುಣ್ಣದಂತೆ ಬದಲಾವಣೆ ಹೊಂದಬಹುದು.

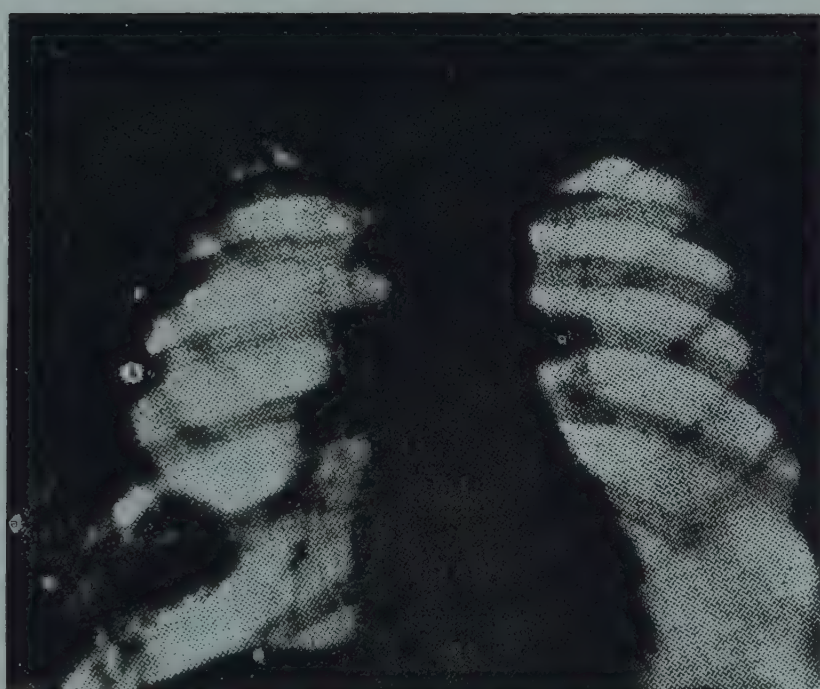
ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಕಡಿಮೆಯಾದಾಗ ಮತ್ತು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯು ಪ್ರಭಾವಯುತವಾದಾಗ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮುಂದುವರಿದು ದೊಡ್ಡವಾಗಿ ನಾಶಹೊಂದಬಹುದು. ಆದರ ಈ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಾದರಿಯ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯಂತೆಯೇ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ.

ಈ ತೆರನಾದ ರೋಗರೂಪವನ್ನು ಬೇರೆಯಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದಿಂದಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಆಕ್ರಮಿಸಿವೆ. ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿ ನಾಶಗೊಳ್ಳುವ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಇಳಿಮುಖವಾದಾಗ, ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದ ಮತ್ತು ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣಗಳು, ರೋಗದ ಉಲ್ಬಣತೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು. ಅಂತಹ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಸುಣ್ಣಕಲ್ಲಿನ ಪೊರೆಯು ಕಳಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಅದು ಕಳಚಿ ಬೇರ್ಪಡೆಗೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ನೋಡಿದ್ದೇವೆ. ವಿ. ಜಿ. ಷೆಟ್ಕೋ ಮತ್ತು ಎ. ಐ. ಸ್ಟ್ರುಕೋವ್ ರೋಗಿಷ್ಠ ಅಂಗಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡಾ ೧೨ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯವು ಅಂತಹ ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಪುನರಪಿ ಆಂತರ್ಗತ ಸೋಂಕಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು ಕಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಅನಂತರ ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯು ಉಂಟಾಗುವುದು.

ಎದೆಯ ನೇರ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ ಮತ್ತು ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ತೆಗೆದ ಚಿತ್ರಗಳು ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ದೆಶೆಯಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಜ್ವರ, ಬಹುರೂಪೀ ಕಣಗಳ ಸ್ಥಾನಾಂತರ ಮತ್ತು ಏರಿದ ರ. ತ. ಸೇ. ರೋಗ ನಿದಾನದಲ್ಲಿ ಸಹಕರಿಸುತ್ತವೆ.

ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆ

ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನೂತನವಾಗಿ ರಚಿಸಿದ ಸಿದ್ಧಾಂತವು– ಅದರಲ್ಲೂ ಅದರ ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ– ಕ್ಷಯರೋಗದ ಉದ್ಭವ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ತೀವ್ರತರ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತಂದಿದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗವು ಶೃಂಗಭಾಗದಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆಂದು ಮೊದಲು ದೃಢವಾಗಿ ತಿಳಿಯಲಾಗಿದ್ದಿತು. ಆ ಪ್ರದೇಶವು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಸೋಂಕಿನ ಬಗ್ಗೆ ವಿಶೇಷ ಆಕರ್ಷಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ;



ಚಿತ್ರ ೪೦ : ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿನ ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಎದೆ ಚಿತ್ರ

ಅಲ್ಲಿಂದ ರೋಗವು ಮೇಲಿನಿಂದ ಕೆಳಗೆ, ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ, ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಉಸಿರ್ನಾಳ ದುರಿತ ಮತ್ತು ಅದರ ಸುತ್ತಲಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಉರಿತವನ್ನು ತೋರಿಸಿ, ಅನಂತರ ನಾಶಗೊಂಡು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿ ವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಹೊಂದುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಯಲಾಗಿದ್ದಿತು. ಈ ರೋಗಲಕ್ಷಣವನ್ನು ವಿಶೇಷ ಕೈಪಿಡಿಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದಿಂದ ಜೀರ್ಣಗೊಂಡ ಶ್ವಾಸಕೋಶವೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗಿದೆ.

ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವ ಹೊಸ ವಿಧಾನಗಳ ಆಗಮನ– ಅದರಲ್ಲೂ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಭಾವಯುತ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳು– ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಹಿಂದಿದ್ದ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ದೂರ ಮಾಡಿದವು. ೧೯೨೪ ರಲ್ಲಿ ಆಸ್‌ಮನ್, ಪರಿಮಿತವಾದ ದುಂಡನೆಯ ವಸ್ತುವು ಪಾರದರ್ಶಕ ಪುಪ್ಫುಸತೆರೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ, ಕೊರಳಮೂಳೆಯ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿ, ಅದು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯ ಆದಿಯೆಂದು ವರ್ಣಿಸಿದ. ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳು ಮೊದಲು ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು. ಆದರೂ ಅವರು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ವಿಸರ್ಜಿಸುವ ತೆರೆದ ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಹೊಂದಿದವರಾಗಿದ್ದರು. ಅನಂತರ ಗೋಚರಿಸಿದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಈ ವೀಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಿದವು. ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ರೂಪಗಳನ್ನು ಧರಿಸಬಹುದು. ಹಾಗೆಯೇ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಗೊಂಚಲುಗಳಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೆ ಇಡೀ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನುಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಉಸಿರ್ನಾಳ–ಪುಪ್ಫುಸದುರಿತ, ಅದರ ಸುತ್ತ ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಇದರ ರಚನೆಯ ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಅದು ರೋಗಿಯಲ್ಲಿರುವ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ಸೋಂಕಿನ ದ್ವಿತೀಯ ಹಂತವೆಂದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳ ನಾಭಿಯಲ್ಲಿ ಹರಡಿಕೆಯಿದ್ದು, ಅವುಗಳ ಕೇಂದ್ರ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಾಗಿವೆ. ಅಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಯೌವನಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಯುವಕರಲ್ಲಿ ಅದು ತೀರ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬೆಳೆದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದ ಸೋಂಕಿನ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಈ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಮೊದಲು ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದ್ದಿತು. ಅದು ವ್ರಣದ ಸುತ್ತಲಿನ ಉರಿತದ ಪಾತ್ರವನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಿತು. ಅಂತಹ ನಾಭಿಯಲ್ಲಿನ ಹರಡಿಕೆಗಳು, ನಾಶವನ್ನು ತೋರಿಸಿ, ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಂದ ರೋಗವು ಪಕ್ಕದ ಉಸಿರ್ನಾಳಗಳಿಗೆ ಹರಡಿ ಅವುಗಳ ಅನುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಕಾಣಿಸುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳು ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಕೀವುಗಾಲುವೆಯನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡಿ, ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಮೂಲಕ ರೋಗವನ್ನು ಪುಪ್ಫುಸದೊಳಕ್ಕೆ ಹರಡಿಸುತ್ತವೆ.

ವೃದ್ಧಿಗೊಂಡ ಕ್ಷಯದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು :

೧. ಪರಿಮಿತಗೊಂಡ ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಗಳು– ದುಂಡನೆಯ (ಪ್ರಾರಂಭಿಕ)

೨. ಪುಪ್ಫುಸದುರಿತದ ಮೋಡದಂತಹ ಹರಡಿಕೆಗಳು

೩. ಇಡೀ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಹರಡಿಕೆ

೪. ನಾಭಿಯಲ್ಲಿ ಹರಡಿಕೆ.

ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಪುಪ್ಫುಸದ ಅಂತಹ ವ್ರಣಗಳು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಇನ್ಫ್ಲುಯೆಂಜಾದ ಮಿಥ್ಯ ರೂಪದಂತೆ ಹೆಚ್ಚು ಜ್ವರ, ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಫ ತೋರಬಹುದು. ಇನ್ನು ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಅದು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ.

ಆಸ್‌ಮನ್ ವರ್ಣಿಸಿದ, ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ದೆಸೆಯ ದುಂಡನೆಯ ಹರಡಿಕೆಗಳು ಎದೆದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಏನನ್ನೂ ಕೇಳಿಸದಿರುವುದರಿಂದ, ಅವುಗಳನ್ನು ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಿಂದ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರದಿಂದ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಅವುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯು ದೊಡ್ಡ ಚಿತ್ರಪಟಲಗಳನ್ನುಪಯೋಗಿಸಿ ಚಿತ್ರ ತೆಗೆದು ಗುಂಪಿನ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೪೦ ಮತ್ತು ೨೩, ಬಿ). ತೀವ್ರವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ, ಮೋಡದಂತಹ ಹರಡಿಕೆ ಅಥವಾ ಇಡೀ ಗೊಂಚಲು ಇಲ್ಲವೆ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿನ ದೊಡ್ಡ ವ್ರಣವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಬೀಸಣಿಕೆಯಂತಹ ಛಾಯೆಗಳು ಬರಿ ಪುಪ್ಫುಸದ ಎರಡನೆಯ ಗೊಂಚಲಿನಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತ ತೋರಿಬರುವುದನ್ನು ನಾವು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ನೋಡಿದ್ದೇವೆ.

ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯು ದ್ರವರೂಪಿಯಾಗುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ನಾಶ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ಹರಡಿಕೆಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಆಧುನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ನಾಶ ಹೊಂದುವುದು (ದ್ರವವಾಗುವಿಕೆ, ಕಳಚಿಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ) ಅನಿವಾರ್ಯವಲ್ಲ. ಆದರೂ ಕಫ ಮತ್ತು ತೊಳೆಯುವಿಕೆಯು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಿದ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸುವಾಗ, ಆ ರೀತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ನಿದಾನ : ಇಲ್ಲೂ ಎಲ್ಲ ಕಡೆಯಂತೆ ನಿದಾನ ಕ್ರಮವು ಸುದೀರ್ಘ ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಜ್ವರದೊಡನೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ಸ್ಪಷ್ಟ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಎದೆಯನ್ನು ತಟ್ಟಿದಾಗ ಮಂದ ಶಬ್ದಗಳು ವ್ರಣದ ಮೇಲೆ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ.

ಉಸಿರಾಟವು ಬಿರುಸಾಗಿ ಕೇಳಿಬರುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಉಸಿರು ಶಬ್ದದ ಛಾಯೆಯಿರುತ್ತದೆ. ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ. ಅವು ಕೆಮ್ಮಿನ ಅನಂತರ ಉಸಿರನ್ನು ಒಳಕ್ಕೆಳೆದಾಗ ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಫುಟವಾಗಿ ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ. ಹೆಚ್ಚು ನಾಶ ಉಂಟಾಗಿ ಪೊಳ್ಳು ಉದ್ಭವವಾದಾಗ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ.

ತೀವ್ರತರ ಹಂತದ ನಂತರ ರೋಗವು ಪ್ರಭಾವಹೀನವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವ ಮುನ್ನವೇ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಯಾವ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನು ತೋರಿಸುವುದಿಲ್ಲ ವಾದುದರಿಂದ, ಮೊದಲು ವಿವರಿಸಿದಂತೆ, ರೋಗದ ವಿಧ ಮತ್ತು ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ನಾಶ, ಪೊಳ್ಳಾಗುವಿಕೆ ಇವುಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಎದೆಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ ಮತ್ತು ಹಂತ ದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಚಿತ್ರಗಳು ಬಹು ಸಹಕಾರಿ.

ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಅದೇ ರೀತಿಯಾಗಿ ಕಾಣಿಸುವುದರಿಂದ ಅದರಿಂದ ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸುವುದು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಕಷ್ಟಕರವಾಗಬಹುದು. ಆದರೂ ಆ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯು ರೋಗಿಷ್ಠ ಪಕ್ಕದ ಕಡೆ ಸ್ಥಾನಪಲ್ಲಟ ಹೊಂದಿರುವುದು ಮತ್ತು ವಪೆಯು ಮೇಲಕ್ಕೆ ಹೋಗಿರುವುದು ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊರ ಆವರಣದಲ್ಲಿ ಏಡಿಗಂತಿ, ಸಾಧಾರಣ ಗಂಟು ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಪರಂಗಿ ಗಂಟುಗಳು, ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯಂತೆ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ದುಂಡನೆಯ ಛಾಯೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಬಹುದು. ನಾಭಿಯ ಬಳಿಯ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಏಡಿಗಂತಿಯೂ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣದಂತೆ ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ, ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಇಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ಕಫದಲ್ಲಿನ ಕಣಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆ (ಏಡಿಗಂತಿಯಲ್ಲಿನ ಬೇಮಾದರಿ ಕಣಗಳು) ವಯಸ್ಸು ಮತ್ತು ಚರಿತ್ರೆ (ಕ್ಷಯರೋಗಿ ಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ) ಯು ತೋರಿದ ಅನುಮಾನಗಳನ್ನು ದೂರ ಮಾಡುವುದು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯ ಆರೋಗ್ಯಸೂತ್ರಗಳ ಪಾಲನೆ, ಒಳ್ಳೆಯ ಆಹಾರ, ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಮತ್ತು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇವುಗಳು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯ ಹೆಚ್ಚು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ರೋಗದಿಂದ ಗುಣಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಅಗೋಚರವಾಗುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಹರಡಿದ ವ್ರಣಗಳು ಹೀರಲ್ಪಡುತ್ತವೆ.

ನಾಶಗೊಂಡು ಪೊಳ್ಳಾದ ಕ್ಷಯರೂಪಗಳಲ್ಲೂ, ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕೊಟ್ಟು ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಆರೆಂಟು ತಿಂಗಳಿಂದ ಒಂದೆರಡು ವರುಷದ ವರೆಗೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಮೊದಲ ತಿಂಗಳ

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಅದನ್ನು ಮುಚ್ಚಲು ಅಸಮರ್ಥವಾದಾಗ, ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರವನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇದನ್ನು ಕೆಲವು ರೋಗಮಾದರಿಗಳಿಂದ ವಿಶದಗೊಳಿಸಬಹುದು.

೧. ರೋಗಿ ಎಸ್, ಮಹಿಳೆ, ವಯಸ್ಸು ೪೫, ೧೯೩೨ ಮತ್ತು ೧೯೩೫ ರಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಳು. ಜನವರಿ ೧೯೫೯ ರಲ್ಲಿ ಇನ್ಫ್ಲುಯೆಂಜಾದ ನಂತರ ರಕ್ತ ಕಫವನ್ನು ಹೊಂದಿದಳು. ಆಗ ಕ್ಷಯದ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತವನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲಾಯಿತು. ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಿದಳು. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿದಾಗ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಸಮಾಧಾನಕರವಾಗಿತ್ತು. ಜ್ವರ ಹೆಚ್ಚಿರಲಿಲ್ಲ. ರ.ತ.ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೫೨ ಮಿ. ಮೀ. ಕಫದ ಒಗ್ಗೂಡಿಕೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಲಿಲ್ಲ. ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಬಿರುಸಾದ ಉಸಿರಾಟ. ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವು ಎರಡನೆಯ ಬಲ ಪಕ್ಕೆಲಬು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೩ × ೨.೫ ಸೆಂ. ಮೀ. ಗಾತ್ರದ ಒಂದೇ ತೆರನಾದ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಛಾಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿತು (ಚಿತ್ರ ೪೧, ಎ).

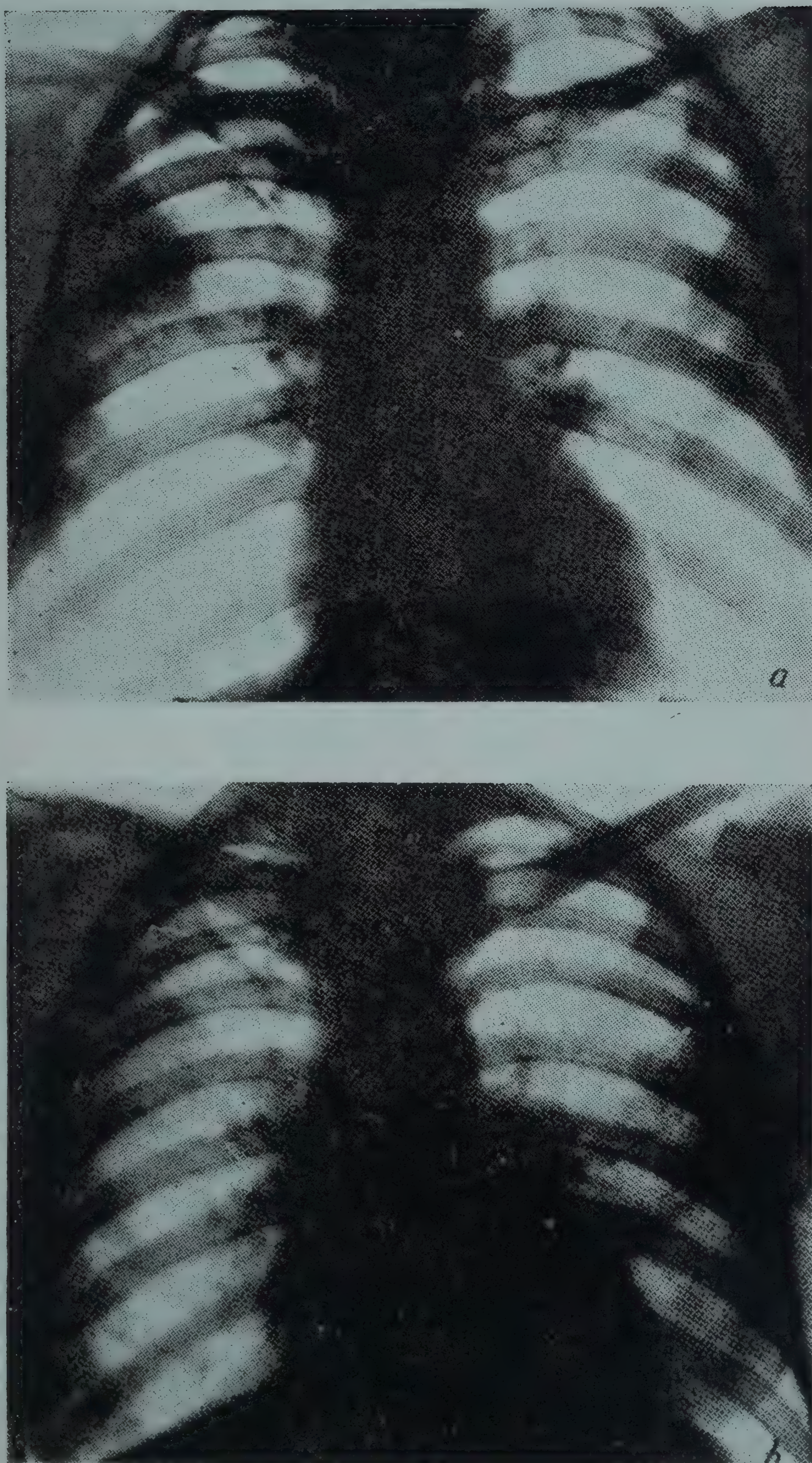
ಮೂರೂವರೆ ತಿಂಗಳು ಮಾಡಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ೩೫ ಗ್ರಾಂ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್, ೬೪ ಗ್ರಾಂ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ೬೩೦ ಗ್ರಾಂ ಪಾಸ್ ಕೊಡಲಾಯಿತು. ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯು ಸಾಕಷ್ಟು ಸುಧಾರಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿತು. ರೋಗಿಯು ೧೨ ಕೆ. ಜಿ. ತೂಕ ಗಳಿಸಿವಳು. ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೮ ಮಿ. ಮೀ. ಕೆಳಗಿಳಿಯಿತು. ಹರಡಿಕೆಯ ಛಾಯೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೀರಲ್ಪಟ್ಟವು. (ಚಿತ್ರ ೪೧, ಬಿ).

ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದಿದ ಮೇಲೆ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ೧೨ ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಲ ಸ್ಥಳೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಕೊಡಲಾಯಿತು.

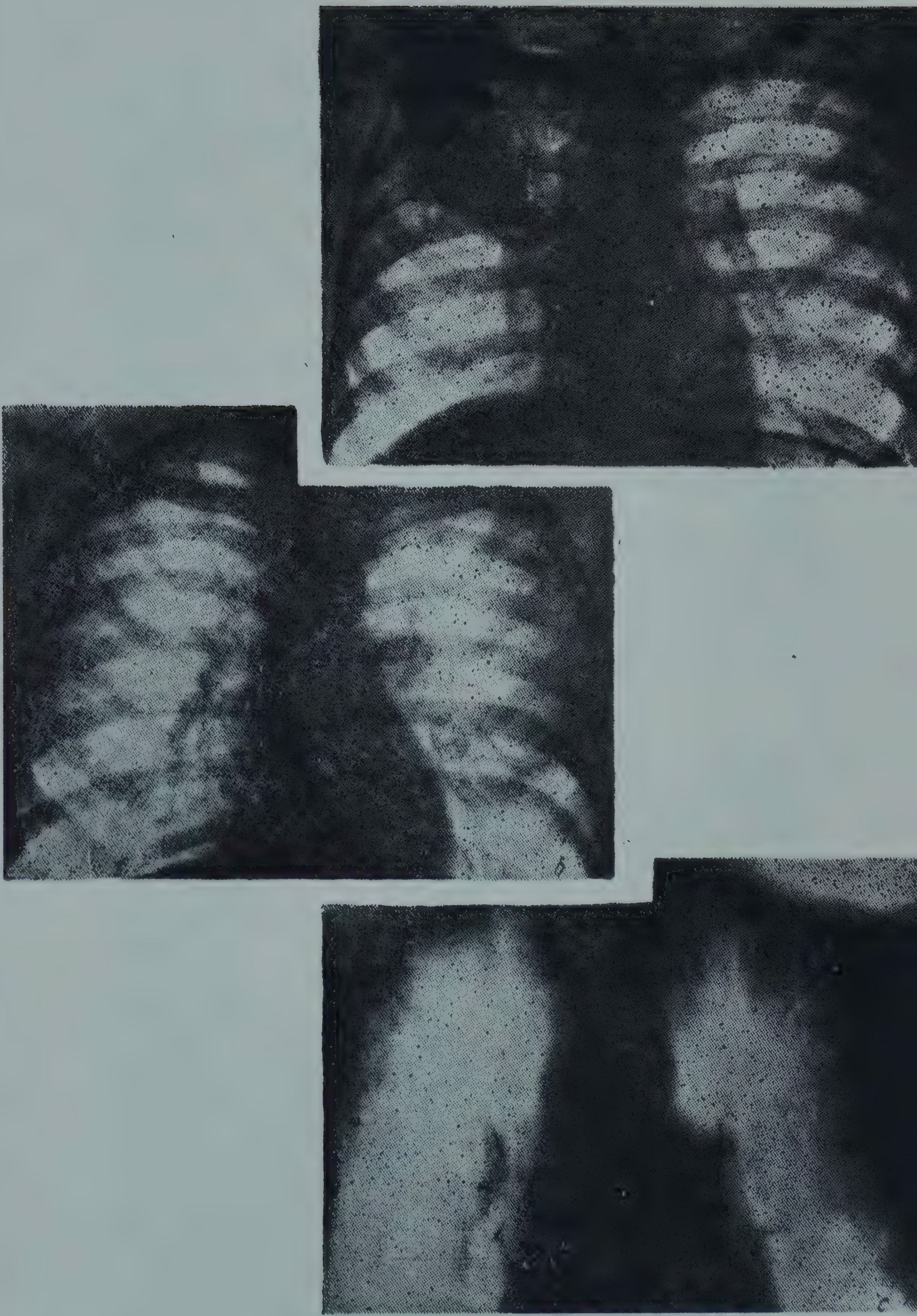
ನಿರ್ಣಯ : ಕ್ಷಯದ ದುಂಡನೆಯ ಹರಡಿಕೆಯು ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣಮುಖ.

೨. ರೋಗಿ ಕೆ. ಎ., ವಯಸ್ಸು ೧೮, ೧೦ ನೇ ವರ್ಗದ ಶಾಲಾ ಬಾಲಕ, ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಗೊಬ್ಬರ, ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು, ಗಣಜಿಲೆ ಮತ್ತು ೧೦ ಹಾಗೂ ೧೧ ನೆಯ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸುರಿತ ಹೊಂದಿದ್ದ. ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಿದ. ೧೯೫೫ ಜನವರಿಯಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಎದೆಯ ಚಿತ್ರವು ಯಾವ ನ್ಯೂನತೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಲಿಲ್ಲ. ಮಾರ್ಚ ೧೯೫೫ ರಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ತೆರ ಖಾಹಿಲೆಯಿಂದ ಮಲಗಿದ. ಆಗ ೪೦.೫° ಸೆಂ. ವರೆಗೆ ಜ್ವರ, ಶಕ್ತಿಹೀನತೆ, ಚಳಿ, ರಾತ್ರಿ ಬೆವರುವಿಕೆ. ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದುದರಿಂದ ರೋಗಿಯು ಏಪ್ರಿಲ್ ೮, ೧೯೫೬ ರಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿದನು. ಸೇರಿದಾಗ ಸ್ವಲ್ಪ ಜ್ವರ, ಬೆರಳುಗಳ ನೀಲಿ ಛಾಯೆ, ತೀವ್ರ ವೇಗದ ನಾಡಿ ಇದ್ದಿತು. ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೨೦ ಮಿ. ಮೀ. ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದವು. ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬಂದವು. ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಎದೆ ಚಿತ್ರ ತೆಗೆದಾಗ ಬೀಸಣಿಕೆಯಂತೆ ಒಂದೇ ರೀತಿಯಾಗಿಲ್ಲದ ದಪ್ಪ ಛಾಯೆಯು ಸುತ್ತಲೂ ಹರಡಿದ್ದಿತು. ಅದರ ಎಲ್ಲೆ ಕಟ್ಟು ಅಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿದ್ದಿತು (ಬೀಸಣಿಕೆಯಂತಹ ಹರಡಿಕೆ) (ಚಿತ್ರ ೪೨, ಎ).

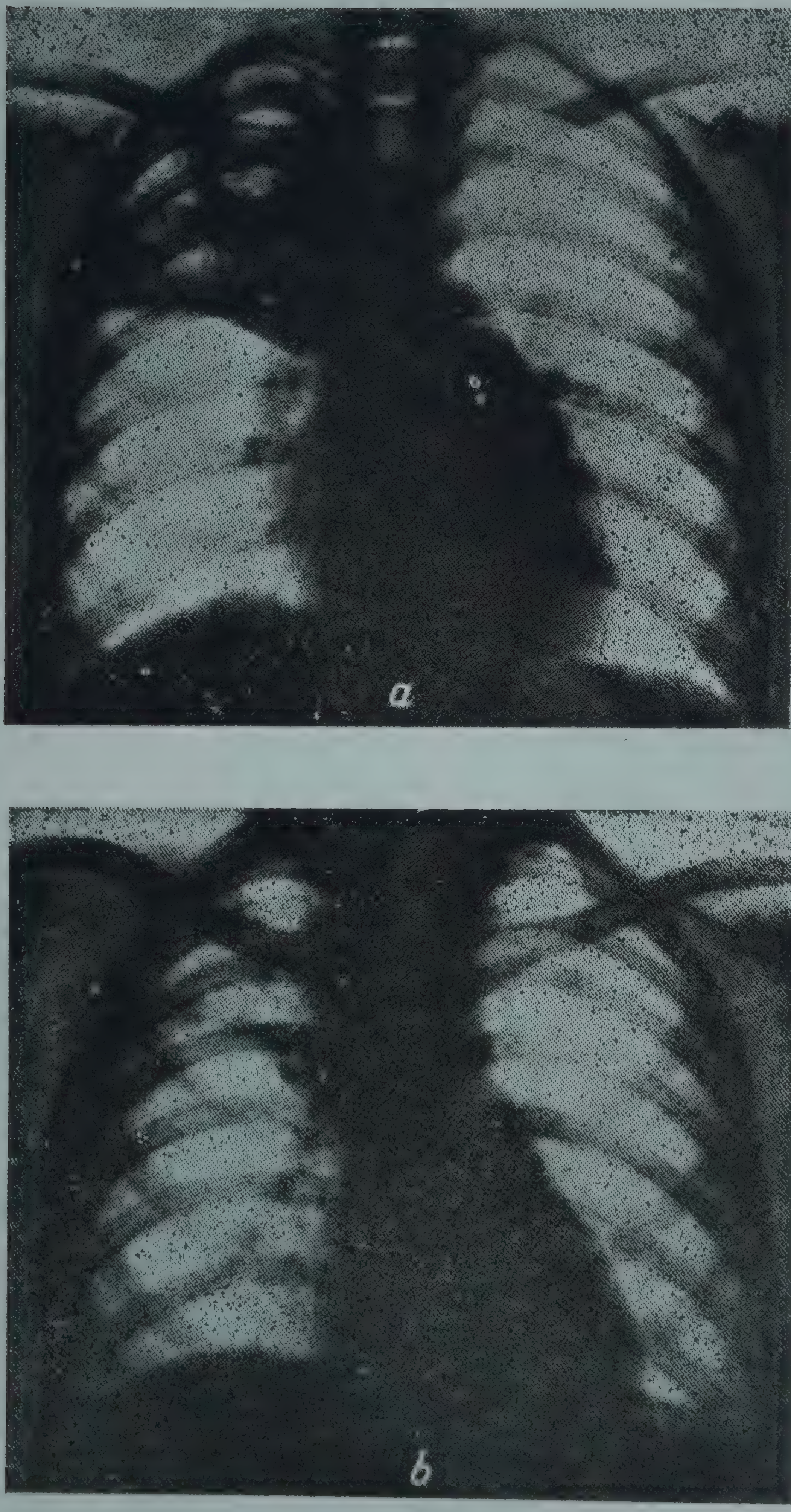
ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಔಷಧಗಳನ್ನು ನಾಲ್ಕು ತಿಂಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಹೊರಗೆ ೧೫



ಚಿತ್ರ ೪೧ : ರೋಗಿ ಎಸ್ ನ ಪುಪ್ಪುಸದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ
(ಎ) ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮೊದಲು : ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ದುಂಡನೆಯ ಹರಡಿಕೆ;
(ಬಿ) ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ

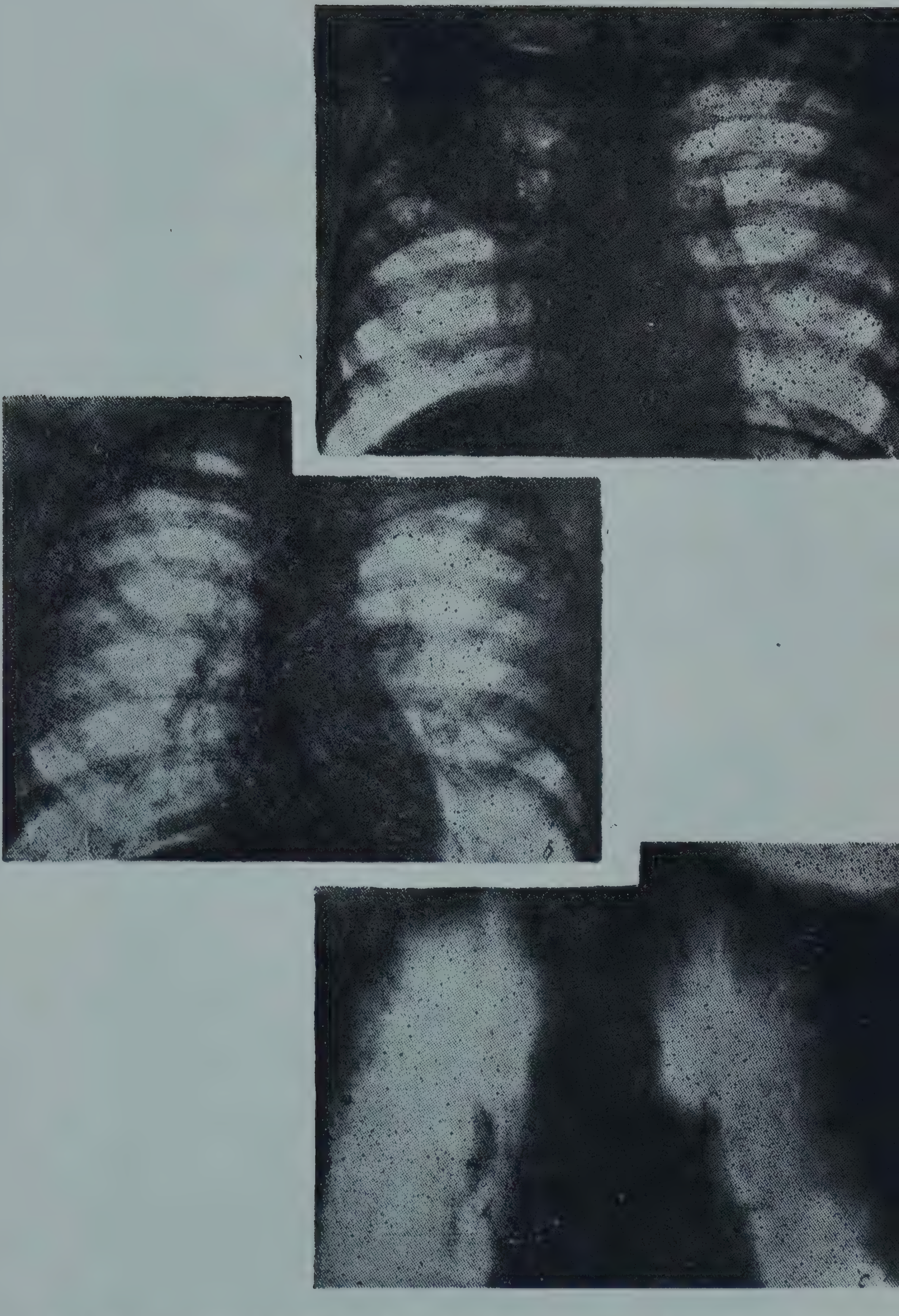


ಚಿತ್ರ ೯೨ : ಕೆ– ರೋಗಿಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ. ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಮೋಡದಂತೆ ಕಾಣಿಸುವ ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕ
ಎ) ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮೊದಲು; ಬಿ) ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳ ನಿರಂತರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (೧೫ ತಿಂಗಳು) ಯ ನಂತರ;
ಸಿ) ನಿರಂತರ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಅದೇ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಹಂತ ಚಿತ್ರಣ.



ಚಿತ್ರ ೪೩ : ರೋಗಿ 'ಕೆ' ಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ

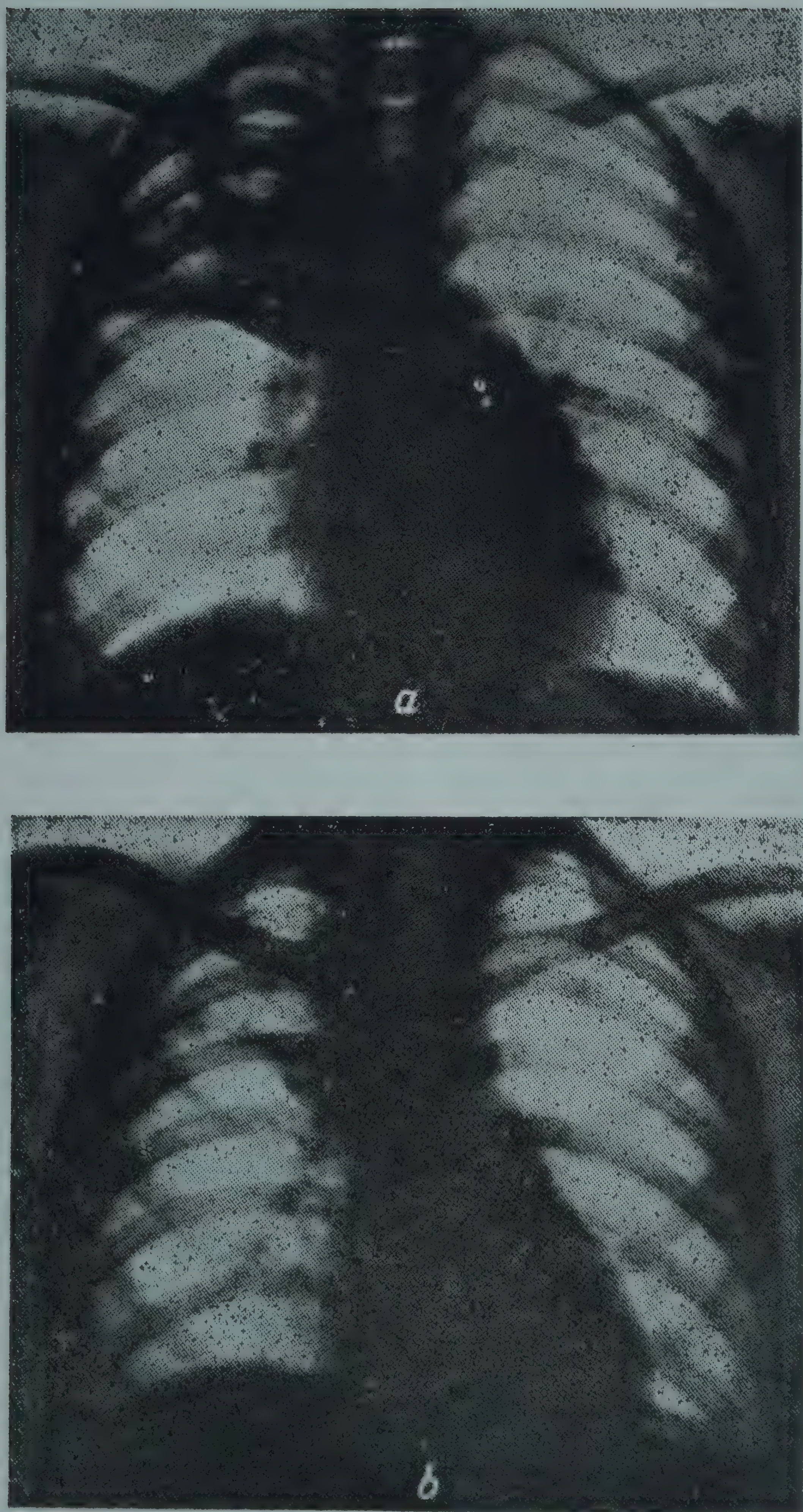
ಎ) ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮೊದಲು : ನಾಶ ಹೊಂದಿದ ಹಬ್ಬುಗೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯದ ಹಾಲೆಯ ಉರಿತ; ಬಿ) ಆರು ತಿಂಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ



ಚಿತ್ರ ೯೨ : ಕೆ– ರೋಗಿಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ. ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಮೋಡದಂತೆ ಕಾಣಿಸುವ ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆ

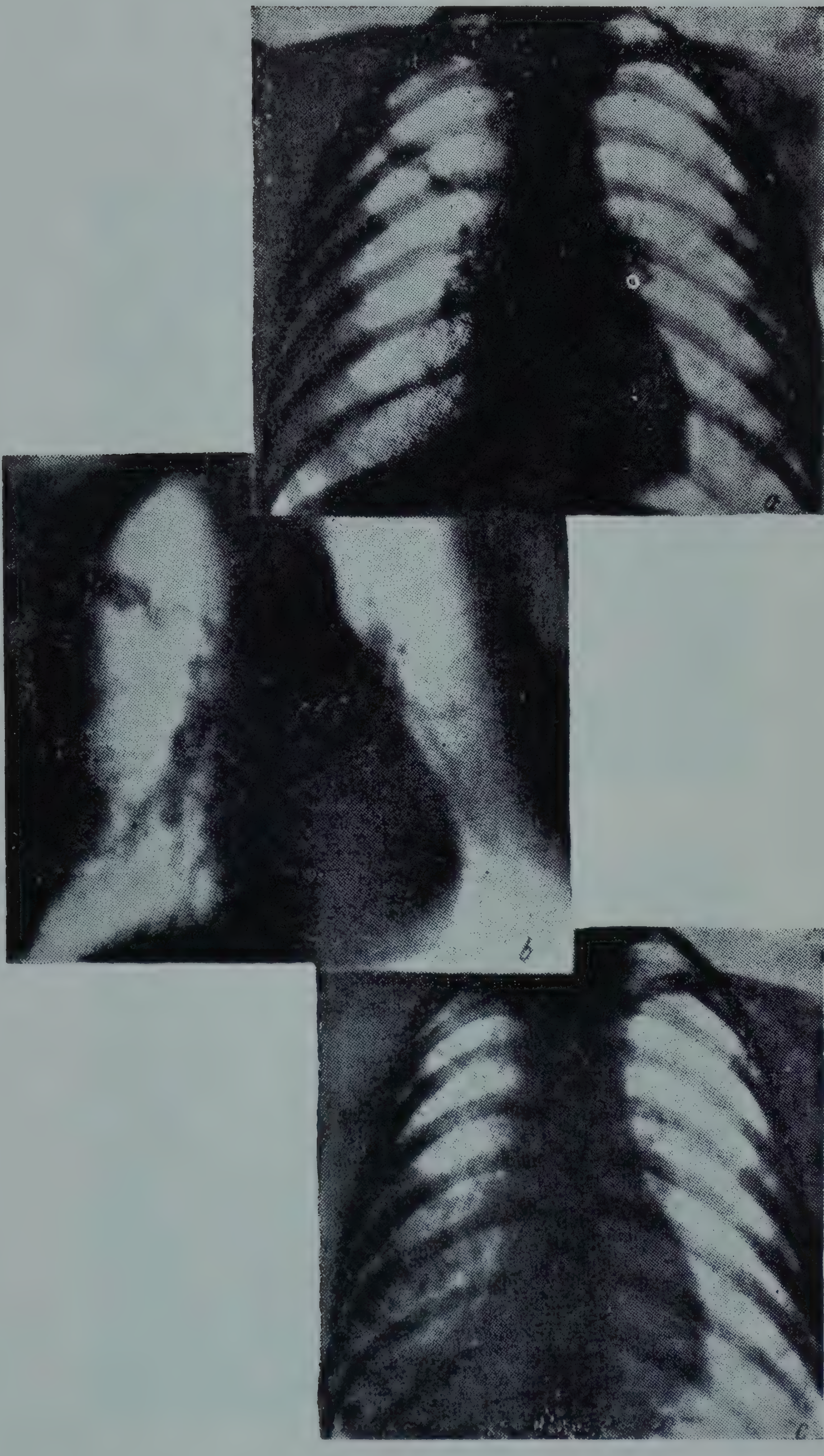
ಎ) ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮೊದಲು; ಬಿ) ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳ ನಿರಂತರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (೧೫ ತಿಂಗಳು) ಯ ನಂತರ;

ಸಿ) ನಿರಂತರ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಅದೇ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಹಂತ ಚಿತ್ರಣ.



ಚಿತ್ರ ೪೩ : ರೋಗಿ 'ಕೆ' ಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ

ಎ) ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮೊದಲು : ನಾಶ ಹೊಂದಿದ ಹಬ್ಬುಗೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯದ ಹಾಲೆಯ ಉರಿತ; ಬಿ) ಆರು ತಿಂಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ



ಚಿತ್ರ ೪೪ : ರೋಗಿ ಎಸ್. ಎಲ್. ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಗಳು. ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಗಂಟು.
(ಎ) ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಮೊದಲು; (ಬಿ) ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಮೊದಲು ತೆಗೆವ ಹಂತ ಚಿತ್ರಣ;
(ಸಿ) ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ನಂತರ– ಪುಪ್ಪುಸದ ಎರಡು ಗೊಂಚಲು ಕತ್ತರಿಸಿರುವುದು.

ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಲ ಕೊಡಲಾಯಿತು. ಒಟ್ಟು ೬೫ ಗ್ರಾಂ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್. ೨೦೦ ಗ್ರಾಂ. ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ೩ ಕೆ. ಜಿ. ಪಾಸ್ ಕೊಡಲಾಯಿತು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಸಂಜೆನ ಎಲ್ಲ ಲಕ್ಷಣಗಳೂ ಮಾಯವಾದವು ಮತ್ತು ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಿಂದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳದಾದವು. ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೫ ಮಿ. ಮೀ. ಗೆ ಇಳಿಯಿತು. ಉಸಿರ್ನಾಳವನ್ನು ತೊಳೆದು ನೋಡಿದಾಗ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸಲಿಲ್ಲ. ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಕೊರಳ ಮೂಳೆಯ ಕೆಳಗೆ ದುಂಡನೆಯ ಛಾಯೆ ಗೋಚರಿಸಿತು (ಚಿತ್ರ ೪೨ ಬಿ, ಸಿ). ಸಂಪೂರ್ಣ ಪುನರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ. ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ ತೇರ್ಗಡೆ ಹೊಂದಿ ಬೆಳ್ಳಿಯ ಮೆಡಲ್ ಪಡೆದ.

ನಿರ್ಣಯ : ಜ್ವರದಿಂದ ತೀವ್ರ ತೆರನಾಗಿ ಉದ್ಭವ. ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯ ಮೂರನೆಯ ಗೊಂಚಲಿನಲ್ಲಿ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆ. ತ್ರಿವಿಧ ಔಷಧಗಳ ಸಂಯೋಜನೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ರೋಗವು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿತು (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ೧ ಗ್ರಾಂ, ಥೈವಿಜೈಡ್ ೧ ಗ್ರಾಂ, ಪಾಸ್ ೧೦ ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ಪ್ರತಿ ದಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೊದಲಿನ ಎರಡು ತಿಂಗಳು ಕಾಲ; ಅನಂತರ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್ ೧೩ ತಿಂಗಳು ಕಾಲ ಕೊಡುಗೆ). ೧೫ ತಿಂಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ರೋಗದಿಂದ ಗುಣಮುಖ.

೩. ರೋಗಿ ಎಚ್, ಮಹಿಳೆ, ವಯಸ್ಸು ೧೯, ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೋಗವಿಲ್ಲ. ಬೆಳವಣಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ತೆರನಾಗಿ. ಸಂಪರ್ಕ ಪಡೆದವರನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿಲ್ಲ. ಜೂನ್ ೧೯೫೮ ರಿಂದ ಅನಾರೋಗ್ಯ. ಆಗಿನಿಂದ ಕೆಮ್ಮು ತೋರಿದರೂ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿಲ್ಲ. ೧೯೫೮ ರ ನವಂಬರ್‌ನಲ್ಲಿ ಉಷ್ಣತೆಯು ೪೦° ಸೆಂ, ಗೆ ಏರಿತು. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಚಳಿ, ಎದೆಯ ಬಲ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಇರಿಯುವಂತಹ ನೋವು, ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಜ್ವರವನ್ನು ಇಳಿಸಲಿಲ್ಲ: ಡಿಸೆಂಬರ್ ೧೯೫೮ ರಲ್ಲಿ, ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆ ಗೋಚರಿಸಿತು. ಅದು ನಾಶಗೊಂಡು ಹರಡುವಂತೆ ತೋರಿತು. ಕ್ಷಯದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಯಿತು. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳು ಕಫದಲ್ಲಿದ್ದವು.

ಡಿಸೆಂಬರ್ ೨೬, ೧೯೫೮ ರಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸಲಾಯಿತು.

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿದಾಗ ಉಷ್ಣತೆಯು ೩೬.೫° ಸೆಂ. ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಬಡಿದಾಗ ಮಂದ ಶಬ್ದ, ಅದೇ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಉಸಿರು ಶಬ್ದ ಮತ್ತು ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳ ಆಲಿಕೆ. ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಇಡೀ ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಛಾಯೆ. ಆ ಛಾಯೆಯನ್ನು ಎರಡೂ ಹಾಲೆಗಳ ಮಧ್ಯ ಕಾಲುವೆಯ ವರೆಗೂ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿತ್ತು. ಕೊರಳ ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಎರಡನೆಯ ಪಕ್ಕೆಲಬು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಪೊಳ್ಳುಗಳು. ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸದ ಒಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅಸ್ಪಷ್ಟ ಛಾಯೆಗಳು (ಚಿತ್ರ ೪೩, ಎ).

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್, ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್‌ನಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿದ್ದಾಗ, ಡಿಸೆಂಬರ್ ೧೯೫೮ ರಿಂದ ಜೂನ ೨೦, ೧೯೫೯ ರ ವರೆಗೆ ೧೮೪ ಗ್ರಾಂ. ಥೈವಿಜೈಡ್, ೨೮ ಗ್ರಾಂ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ೨.೩ ಕೆ. ಜಿ. ಪಾಸ್ ಕೊಡಲಾಯಿತು. ಶಕ್ತಿಹೀನತೆ ಮತ್ತು ಬೆವರುವಿಕೆ ದೂರವಾಯಿತು. ಉಷ್ಣತೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ. ೨.೬ ಕೆ. ಜಿ. ತೂಕದ ಹೆಚ್ಚುವರಿ. ಆಲಿಸಿದಾಗ ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಬಿರುಸಾದ ಶಬ್ದಗಳು. ಸ್ರಾವ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಲ್ಲ. ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೪೮ ರಿಂದ ೧೩ ಮಿ. ಮೀ. ಗೆ ಇಳಿಯಿತು. ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣು

ಗಳಿದ್ದವು. ಅಂತೆಯೇ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳ ತೊಳೆದಾಗಲೂ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದವು. ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಹರಡಿದ್ದ ಛಾಯೆಗಳು ಮಾಯವಾದವು (ಚಿತ್ರ ೪೩, ಬಿ). ನಾಲ್ಕನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ನಾಶಗೊಂಡ ಪೊಳ್ಳೊಂದು ಗೋಚರಿಸಿತು.

ನಿರ್ಣಯ : ತೀವ್ರ ರೀತಿಯ ಪ್ರಾರಂಭ. ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ಎರಡು ಪೊಳ್ಳುಗಳು, ತ್ರಿವಿಧ ಔಷಧಗಳ ಒಗ್ಗೂಡಿಕೆಯ ನಿರಂತರ ಜೀವಾಣು ರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೊಮೈಸಿನ್ ೧ ಗ್ರಾಂ, ಥೈಯಿಜೈಡ್ ೧ ಗ್ರಾಂ, ಪಾಸ್ ೧೨ ಗ್ರಾಂ ದಿನವೂ) ಮೊದಲಿನ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ. ಅನಂತರ ಥೈಯಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್ ಕೊಡುಗೆ. ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ತಡೆ. ಒಂದು ಪೊಳ್ಳು ಗುಣ ಹೊಂದಿ, ಮತ್ತೊಂದು ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಿರಿದುಗೊಂಡಿತು. ಅನಂತರ ಹಾಲೆಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಲಾಯಿತು.

ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲಾಯಿತು.

ಕ್ಷಯಗಂಟು

ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲಿ, ' ಕ್ಷಯದ ದುಂಡನೆಯ ಹರಡಿಕೆ ' ಯ ಶಬ್ದವನ್ನು ಅನೇಕ ತೆರನಾದ ವ್ರಣಗಳಿಗೆ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದ್ದಿತು. ಅವು ಅಂಗರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿ ರುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಉದಾ : ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿದ ಮೊದಲಿನ ಹರಡಿಕೆಗಳು, ಹಾಗೂ ರೋಗವು ಕುಗ್ಗುವಾಗ ತೋರಿಬರುತ್ತಿದ್ದ ವ್ರಣಗಳಿಗೂ ಅದೇ ಶಬ್ದವನ್ನು ಬಳಸಲಾಗು ತ್ತಿದ್ದಿತು. ಇಂದು ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳನ್ನು ಒಂದು ವಿಶಿಷ್ಟ ತೆರನಾದ ರೋಗ ರೂಪ ವನ್ನಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ದುಂಡನೆಯ ವ್ರಣವಿರು ತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿಲ್ಲದೆ ಒಂದೇ ಇರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರು ತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಗಾತ್ರ ೧ ರಿಂದ ೩ ಸೆಂ. ಮೀ. ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು. ಅಂಗ ರಚನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ ಅಂತಹ ಪರಿಮಿತ ವ್ರಣಗಳು ಎರಡು ತೆರ ನಾಗಿವೆ– ಬೆಳೆಯುವ ಮತ್ತು ಕುಗ್ಗುವ ವ್ರಣಗಳು. ಮೊದಲಿನದರಲ್ಲಿ ನಾಳಗೊಳ್ಳು ತ್ತಿರುವ ಪ್ರದೇಶವು ದುಂಡಗೆ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಎರಡನೆಯದರಲ್ಲಿ ಚಟುವಟಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುವದಿಲ್ಲ. ಅಂಗರಚನೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ, ಕ್ಷಯಗಂಟು ಕೋಶ ಹೊಂದಿದ ವ್ರಣವಾಗಿದೆ. ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶ ಹೊಂದಿ ಸುತ್ತಲೂ ಪಕಳೆಯಂತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಸಣ್ಣದಾದ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು (೧ ರಿಂದ ೨ ಸೆಂ.ಮೀ. ಒಳಗೆ) ಬಹಳ ವರುಷಗಳ ಕಾಲ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸದೆ ಇರಬಲ್ಲವು. ದೊಡ್ಡ ಗಂಟುಗಳು ಅನೇಕ ವರುಷಗಳ ದೃಢತೆಯ ನಂತರ ಉಲ್ಬಣಿಸಿ ನಾಶ ಹೊಂದ ಬಹುದು. ಕ್ಷಯಗಂಟು ನಾಶ ಹೊಂದಿದಾಗ, ರೋಗವು ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಮೂಲಕ ಹರಡಿ, ಪುಪ್ಪುಸದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯು ಅಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೀರಲ್ಪಟ್ಟಾಗ ಅದು ಕ್ಷಯಗಂಟಾಗಿ

ಉಳಿಯಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ವ್ರಣಗಳು ಒಗ್ಗೂಡಿ ಅದು ಉದ್ಭವವಾಗಬಹುದು. ಕೆಲವು ಕಡೆ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಕೀರ್ಣದೊಡನೆ ನೇರ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿ ಬೆಳೆಯಬಹುದು. ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಜ್ವರ ಮತ್ತು ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಹೊರಭಾಗದಲ್ಲಿ ನಾಶವು ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳು ಕಾಣಿಸುತ್ತವೆ.

ನಿದಾನ : ಇತರ ರೋಗಗಳಿಂದ ಇದನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸುವುದು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಕಷ್ಟಕರ. ಅಂತಹದೇ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವು ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಏಡಿಗಂತಿ, ಅದರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಹರಡಿದ ರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹದೇ ಚಿತ್ರಗಳು ಗುಳ್ಳೆಗಂಟಿನಲ್ಲೂ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಿಂದ ಚರಿತ್ರೆ ಕೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ಕ್ಷಯಾಣು ಮತ್ತು ಕಣಗಳ ಇರುವಿಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಕಫದ (ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಉಸಿರ್ನಾಳ ತೊಳೆತದ) ಸುದೀರ್ಘ ಪರೀಕ್ಷೆ ರೋಗ ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಸಹಾಯಕ.

ಮುನ್ನೋಟ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಚಟುವಟಿಕೆಯಿಲ್ಲದ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು ಆಗೋಚರವಾಗಿ ಉಳಿಯಬಹುದು. ಅವು ಸಣ್ಣವಿದ್ದರೆ (೧ ರಿಂದ ೨ ಸೆಂ. ಮೀ. ವ್ಯಾಸ) ಅವುಗಳನ್ನು ಹಿಂಬಾಲಿಸಬೇಕು. ನಾಶಗೊಂಡು ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು ತೋರಿಸುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್, ಪಾಸ್, ಥೈವಿಜೈಡ್) ಯಡಿ, ಹಾಲೆಗಳನ್ನು ಯೋಗ್ಯ ಮುನ್ನೋಟವನ್ನು ತೋರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕು. ರೋಗಿಯ ಬಗೆಗಿನ ಕೆಳಗಿನ ವರ್ಣನೆಯು ಅದನ್ನು ಚಿತ್ರಿಸುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿ ಎಸ್. ಎಲ್., ಮಹಿಳೆ, ವಯಸ್ಸು ೨೦, ಮನೆತನದ ಇತಿಹಾಸ ಸಹಾಯಕ, ಸಂಪರ್ಕದ ನಿರಾಕರಣೆ. ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಗೊಬ್ಬರ, ಮಲೇರಿಯಾ, ಮಂಗಬಾವು. ೧೮ ನೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಮನೋವೇದನೆಯಿಂದಾಗಿ, ಎರಡಾರ್ಗರುಳಿನ ಹುಣ್ಣು. ಆಗಸ್ಟ ೧೯೫೭ರಲ್ಲಿ ಬಲ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆ. ಎರಡು ತಿಂಗಳ ನಂತರ ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ನಾಶಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ದೊಡ್ಡದೊಂದು ಕ್ಷಯಗಂಟಿನ ಗೋಚರಿಕೆ. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಅಗೋಚರ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳುವ ರೋಗವನ್ನು ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಥೈವಿಜೈಡ್ ೪೫ ಗ್ರಾಂ, ಪಾಸ್ ೪೫೦ ಗ್ರಾಂ, ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್ ೯ ಗ್ರಾಂ.). ಜುಲೈ ೧೯೫೮ ರಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಮತ್ತೆ ಉಲ್ಬಣಿಸಿತು. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೋಶವು ಸೇರಿಕೊಂಡುಬಿಟ್ಟುದರಿಂದ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಲಾಗಲಿಲ್ಲ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿದ ಮೇಲೆ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಸಮರ್ಪಕ. ಉಷ್ಣತೆ ಸಾಮಾನ್ಯಮಟ್ಟ. ಎದೆಚಿತ್ರವು ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ೩ ಮತ್ತು ೪ ನೆಯ ಗೊಂಚಲಿನಲ್ಲಿ ನಾಶಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯಗಂಟನ್ನು ತೋರಿಸಿದವು (ಚಿತ್ರ ೪೪, ಎ ಮತ್ತು ಬಿ). ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸಲಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಯ ಸಮರ್ಪಕ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ವ್ರಣದ ಮುನ್ನಡೆಯನ್ನನುಲಕ್ಷಿಸಿ, ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರಕ್ಕೆ ಮುನ್ನ ಜೀವಾಣು

ರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಟ್ಟು (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ೧೪ ಗ್ರಾಂ, ಬೀಮ್ಸ್ ೧೫೪ ಗ್ರಾಂ.), ಕೆಳ ಹಾಲೆಯ ಶೃಂಗಭಾಗದಲ್ಲಿ ಮೂರನೆಯ ಗೊಂಚಲು ಮತ್ತು ಕಿರುಗೊಂಚಲನ್ನು ನವೆಂಬರ್ ೨೬ ರಂದು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದುಹಾಕಲಾಯಿತು. ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಅನಂತರ ಯಾವ ತೊಂದರೆಯೂ ಇಲ್ಲ. ಪುಪ್ಪುಸವು ಅನಂತರ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹಿಗ್ಗಿತು (ಚಿತ್ರ ೪೪, ಸಿ). ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಾಯವಾದವು. ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದ ಕ್ಷಯಗಂಟಿನ ಲೇಪವು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅನಂತರ ಹೊರಗೆ ೧೨ ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಲ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲಾಯಿತು.

ನಿರ್ಣಯ : ನಾಶ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ದೊಡ್ಡ ಕ್ಷಯಗಂಟು ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ ಅದನ್ನು ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರದಿಂದ ಗುಣಪಡಿಸಬೇಕು. ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳ ಪಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚಿಲ್ಲ. ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿದ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಗೊಂಚಲನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿದಾಗ ರೋಗವು ಗುಣಹೊಂದಿತು.

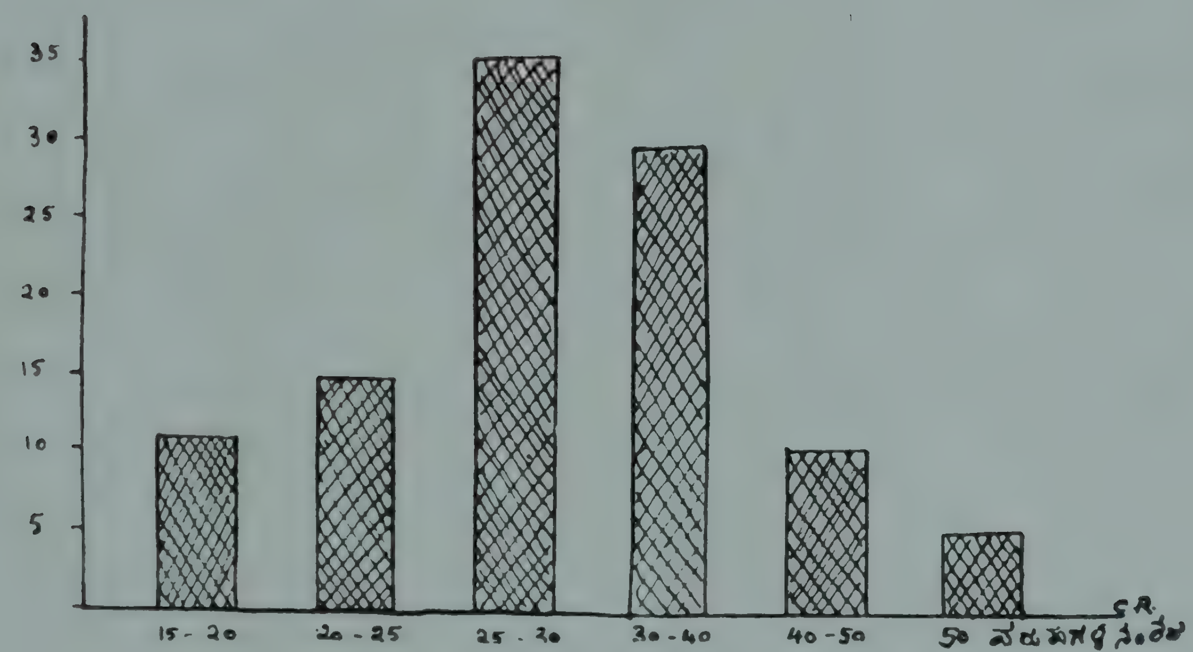
ಕ್ಷಯದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಹಂತವಾಗಿ ಪೊಳ್ಳು

ರೋಗದ ಅಂಗರಚನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಪೊಳ್ಳುಗಳ ಉದ್ಭವ ಮತ್ತು ರಚನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮೂಲಭೂತ ಅಂಶವನ್ನು ಕೊಡಮಾಡಿದೆ. ನಾಶ ಹೊಂದುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಯಾವುದೇ ತೆರನಾದ ವ್ರಣದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರಬಹುದಾದರೂ, ಅದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಸಿಗುತ್ತದೆ. ರೋಗದ ತೀವ್ರತರ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ನಾಶಗೊಂಡು ಪೊಳ್ಳಾಗುವಿಕೆಯು ಒಂದು ಹಂತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು.

ರೋಗದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ಅದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯುವಿಕೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಪೊಳ್ಳು ಈಚೆಗೆ ಅಥವಾ ಬಹು ಹಿಂದೆ ಉದ್ಭವವಾದುದೇ ಎಂಬುದರ ನಿರ್ಧಾರ ಬಹು ಮುಖ್ಯ.

ಜೀವನದ ಪ್ರಾಯದಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ೨೫ ರಿಂದ ೪೦ ವರ್ಷಗಳ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಗೋಚರಿಸುವವು (ಚಿತ್ರ ೪೫). ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ದೆಶೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕತ್ವವನ್ನು ಹೊಂದಿಗುವುದರಿಂದ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕುಸಿಯುತ್ತವೆ. ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಉಳಿದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ನಾರಿನಂತಹ ಕೋಶವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದರಿಂದ, ಸುಲಭವಾಗಿ ಕುಸಿಯುವುದಿಲ್ಲ. ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ತೆಳ್ಳನೆಯ ಕೋಶವನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತವೆ. ಕ್ಷಯರೋಗದಿಂದ ಗುಣಮುಖನಾಗುತ್ತಿರುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಲೂನಿನಂತಹ ಇಲ್ಲವೆ ಗುಳ್ಳೆಯಂತಹ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ.

ಪೊಳ್ಳಾಗುವಿಕೆಯು ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ಉಂಟು



ಚಿತ್ರ ೪೫ : ಪೊಳ್ಳು ಹೊಂದಿದ ರೋಗಿಗಳ ವಯೋಮಾನ
(೧೦೦ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಶವಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದೆ)

ಮಾಡುತ್ತದೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿನ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಇಳುವರಿ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ವರಿಯಾದ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಅವು, ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣಗಳು ನೀರಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಉದುರಿ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿಗೆ ಪೊಳ್ಳು ಕಾವು ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ. ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಬಳಕೆಗೆ ಬರುವ ಮೊದಲು ಈ ಲೇಖಕನು ಅಭ್ಯಸಿಸಿದ ೩೫೪ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ೩೩೧ (ಶೇಕಡಾ ೯೩.೫) ನಿರಂತರವಾಗಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿದರು. ಆದ್ದರಿಂದಲೇ ಇತರರಿಗೆ ರೋಗ ಹರಡುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಇವುಗಳಿಗೆ ಮಹತ್ವವಿದೆ. ಕಫವು ಕ್ಷಯಾಣು ಮತ್ತು ಕೀವು ಉತ್ಪಾದಕ ಜೀವಾಣುಗಳೆರಡನ್ನೂ ತೋರಿಸುವಾಗ ಆ ಸೋಂಕಿಗೆ ಅಷ್ಟು ಮಹತ್ವವಿಲ್ಲ. ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಮೂಲಕ ಹರಡುವಿಕೆಗೆ, ಕ್ಷಯದ ಪುಪ್ಪುಸ ದುರಿತ ಮತ್ತು ಆಗಾಗ್ಗೆ ತೋರುವ ಕಡಿಮೆಯಾಗದ ಮುನ್ನಡೆಗೆ ಪೊಳ್ಳು ಮುಖ್ಯವಾದ ಮೂಲವಾಗಿದೆ. ಮುಚ್ಚಿಹೋಗದ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಮತ್ತು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಗೋಚರಿಸುವ ರಾಸ್‌ಮುಸೆನ್‌ರ ಹಿಗ್ಗಿದ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಕ್ಷಯದ ಪೊಳ್ಳಿನ ಪದರಿನಲ್ಲಿದ್ದು, ಅವು ರಕ್ತ ಕಫ ಮತ್ತು ಅನಂತರದ ತೊಡಕಿಗೆ ಕಾರಣೀಭೂತವಾಗುತ್ತವೆ. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೆಳಗಿದ್ದಾಗ ವ್ರಣವು ಪುಪ್ಪೊರೆಗೆ ಹರಡಿ ಅಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಕೀವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಪೊಳ್ಳು ತಂತಾನೆ ಮುಚ್ಚಲ್ಪಡದಿದ್ದರೆ ಇಲ್ಲವೆ ಯೋಗ್ಯ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಗುಣ ಹೊಂದದಿದ್ದರೆ, ಅದು ರೋಗದ ಉಲ್ಬಣಕ್ಕೆ ಸದಾ ಕಾರಣೀಭೂತವಾಗಬಲ್ಲದು. ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ, ಉಸಿರ್ನಾಳ ಹೀಚಿ ಅಲ್ಲಿ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಗೋಚರಿಸುವವು. ಪೊಳ್ಳಿನ ಸ್ಥಿತಿ, ಅದರ ಹೊರಗಾಲುವೆ, ಕುಸಿತ ಮತ್ತು ಮುಚ್ಚು ವಿಕೆ ಇವುಗಳೆಲ್ಲ ಅಲ್ಲಿಂದ ಹೊರಬರುವ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿವೆ. ಅದನ್ನು ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಿಂದ ತೆಗೆದು ಎದೆ ಚಿತ್ರ ಇಲ್ಲವೆ ಕೆಲವು ಸಲ ಮಾಡಿದ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಚಿತ್ರಣ, ಗೊಂಚಲ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಚಿತ್ರಣದಿಂದ ನೋಡಬಹುದು. ಪೊಳ್ಳು ಅದರ ಪದರುಗಳು ಮತ್ತು ಸುತ್ತಲಿನ ಕೋಶದ ವಿವರವಾದ ವರ್ಣನೆಯು ಮುನ್ನೋಟ ಮತ್ತು ಯೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬಹು ಮುಖ್ಯ.

ಪೊಳ್ಳಿನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು : ರೋಗ ನಿದಾನವನ್ನು ತುಂಬಾ ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ಮಾಡಬೇಕು. ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಬಡಿದಾಗ ಪ್ರತಿನಾದ, ತೇವದ ಪಿಟಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು, ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ ಕಫ ವಿಸರ್ಜನೆ, ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಿತಿ ಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳು ಇವುಗಳ ಟೊಳ್ಳಿನ ಇರುವಿಕೆಯ ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು. ಎದೆಯ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಿಂದ ಅದರ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಯಾವ ಅನುಮಾನವೂ ಇಲ್ಲದಂತೆ ದೃಢಪಡಿಸಬಹುದು. ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದ ನಿಶ್ಚಲವಾದ ಪೊಳ್ಳುಗಳನ್ನು ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಿಂದ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ರೂಢಿಯಲ್ಲಿನ ಎದೆ ಚಿತ್ರದಿಂದಲೂ ಪೊಳ್ಳು ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ, ಅಗತ್ಯವೆನಿಸಿದ ಆಳದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಹಂತ ಎದೆ ಚಿತ್ರವು

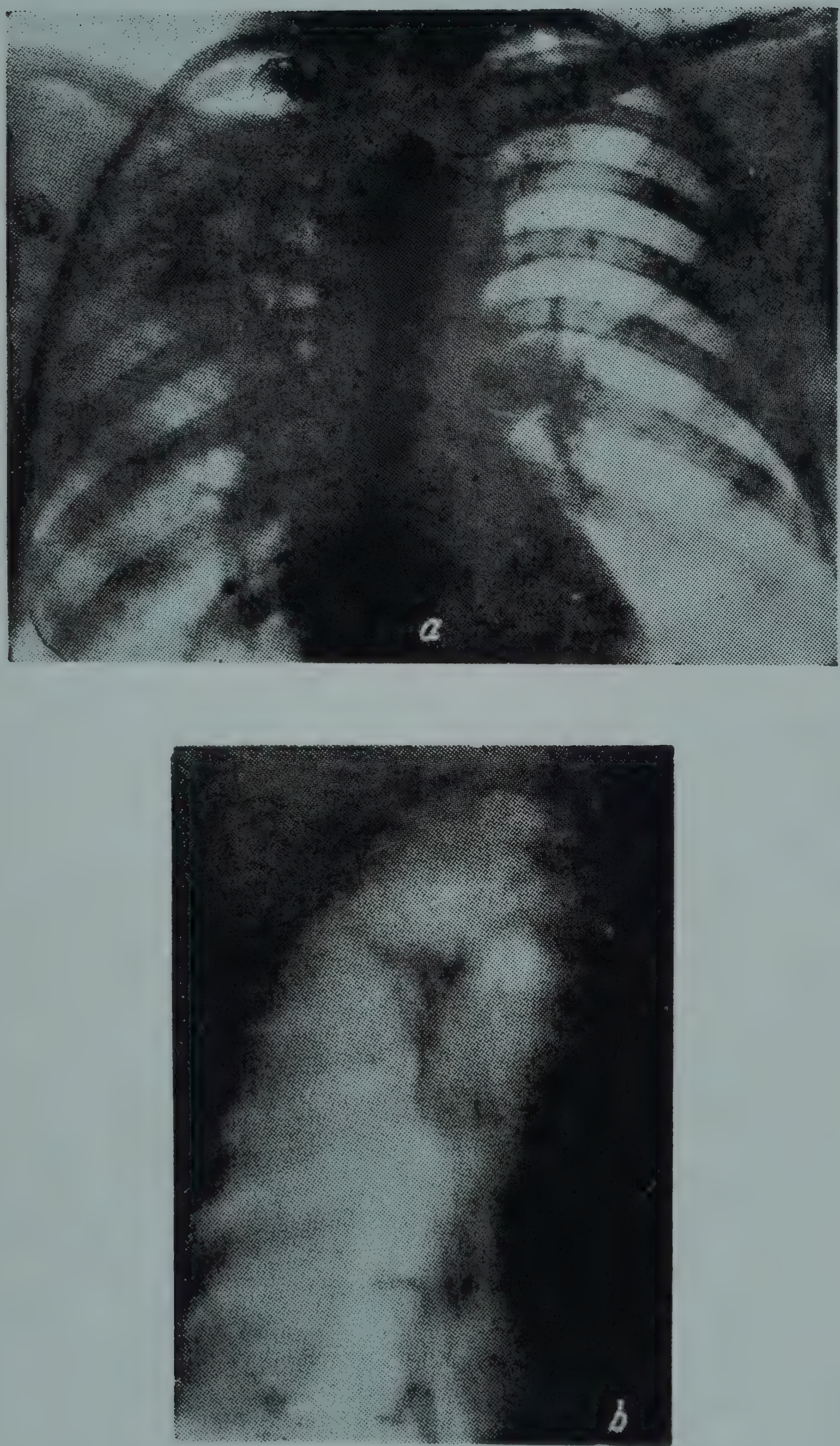
ಅದನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೨೯, ಎ, ಬಿ). ಪೊಳ್ಳಿನ ಇರುವಿಕೆಯ ನಿರ್ಧಾರವು ಮುಂದೆ ಚಿಕಿತ್ಸಕನು ಅಳವಡಿಸಬಹುದಾದ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು. ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯು ಪೊಳ್ಳಿನ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿಶ್ಚಯಿಸುವುದು. ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಹೆಚ್ಚುವರಿಯು ಅದನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸುವುದು.

ನಿರಂತರ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಳಕೆಯು ಪೊಳ್ಳುಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಹಾದಿಯನ್ನು ತೆರೆದಿದೆ. ಹೊಸದಾಗಿ ಗೋಚರಿಸಿದ ಪೊಳ್ಳುಗಳನ್ನು ಅದು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳ ಶೇಕಡಾ ೮೦ ರಲ್ಲಿ ಮುಚ್ಚುವಿಕೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಅದರ ಉದಾಹರಣೆಯೊಂದಿದೆ :

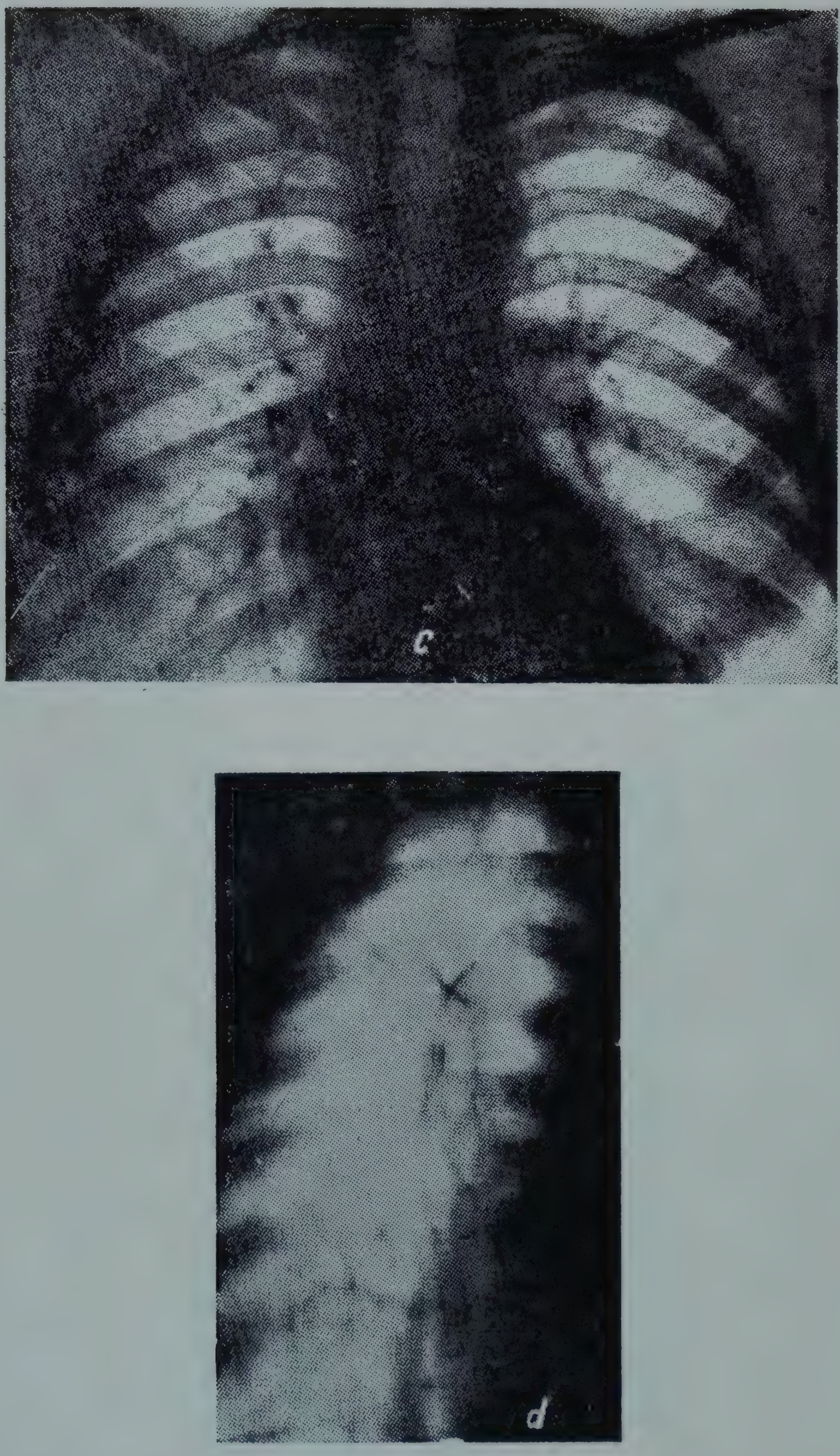
ರೋಗಿ ಆರ್. ವೈ., ಮಹಿಳೆ, ವಯಸ್ಸು ೪೬, ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ವಿಸರ್ಜಿಸುವ ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಅಣ್ಣನ ಮಗನೊಂದಿಗೆ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಸಂಪರ್ಕ. ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಗೊಬ್ಬರ ಮತ್ತು ಕೆಂಜ್ವರ. ೧೨ನೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಟೈಫಸ್ ಮತ್ತು ಮಲೇರಿಯ. ೧೯೫೭ ರ ಮಾರ್ಚ್‌ನಲ್ಲಿ ಆಲಸ್ಯತನ, ಶಕ್ತಿಹೀನತೆ, ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಕೆಮ್ಮು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿತು. ಎದೆಚಿತ್ರವು ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ನಾಶಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆ. ಆದಕ್ಕಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಳು.

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿದಾಗ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಸಮಾಧಾನಕರ. ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ಜ್ವರ. ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೩೫ ಮಿ. ಮೀ. ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಬಿರುಸು ಉಸಿರಾಟದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು. ಅದೇ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವು ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿಲ್ಲದ ಛಾಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಅಂಡಾಕಾರದ ಪಾರದರ್ಶಕ ಛಾಯೆ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿದ್ದು, ಅದು ಮಸುಕಾದ ಛಾಯೆಯಿಂದ ನಾಭಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಿತು (ಚಿತ್ರ ೪೬ ಎ, ಬಿ). ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಒಂದು ವರುಷ ಎರಡು ತಿಂಗಳ ಕಾಲ (ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ೧೧ ತಿಂಗಳು ಮತ್ತು ಹೊರಗೆ ೨ ತಿಂಗಳು) ಕೊಡಲಾಯಿತು. ಆಗ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ (೩೦ ಗ್ರಾಂ), ಥೈವಿಜೈಡ್ (೧೨೦ ಗ್ರಾಂ.), ಮೆಟಾಜೈಡ್ (೯೫ ಗ್ರಾಂ.), ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್ (೪೦ ಗ್ರಾಂ.) ಮತ್ತು ಪಾಸ್ (೩.೫ ಕೆ.ಜಿ.) ಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ, ನಂಜಿನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಾಯವಾದವು. ತೂಕ ೧೧ ಕೆ.ಜಿ. ಹೆಚ್ಚಾಯಿತು. ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೧೦ ಮಿ. ಮೀ. ಸ್ರಾವದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ದೂರವಾದವು. ಎದೆ ಚಿತ್ರವು ಹರಡಿಕೆಯ ಛಾಯೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಾಯವಾದುದನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಮೊದಲು ಪೊಳ್ಳು ಇದ್ದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ನಕ್ಷತ್ರದಂತಹ ಛಾಯೆಯೊಂದು ಉಳಿದಿತ್ತು. ಅದನ್ನು ಹಂತ ಚಿತ್ರದಿಂದ ದೃಢಪಡಿಸಲಾಯಿತು (ಚಿತ್ರ ೪೬ ಸಿ, ಡಿ). ಎರಡು ಬಾರಿ ಪದೇ ಪದೇ ತಳಿ ಮಾಡಿ ನೋಡಿದಾಗ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸಲಿಲ್ಲ.

ನಿರ್ಣಯ : ಹರಡಿದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯವನ್ನು ೧೪ ತಿಂಗಳು ಕಾಲ ಕೊಡಮಾಡಿದ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಗುಣಪಡಿಸಲಾಯಿತು. ಹೊಸ ಪೊಳ್ಳು ಮುರುಟಿಕೊಂಡು ಗುಣಮುಖವಾಯಿತು. ಮೊದಲ ತಿಂಗಳು ರೋಗಿಯು ದಿನವೂ ೧ ಗ್ರಾಂ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್, ೦.೯ ಗ್ರಾಂ. ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ೯ ಗ್ರಾಂ. ಪಾಸ್ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಳು. ಅನಂತರ ೧೧ ತಿಂಗಳ ಕಾಲ ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ಔಷಧಗಳು (ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮೊದಲಾದ) ಮತ್ತು ಪಾಸ್‌ನ್ನು ಕೊಡಲಾಯಿತು.



ಚಿತ್ರ ೪೬ : ರೋಗಿ ' ಆರ್ ' ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಗಳು. ಬಲಗಡೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ನಾಶ (ಹೊಸ ಪೊಳ್ಳುಗಳು)
(ಎ) ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮುನ್ನ; (ಬಿ) ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಪೊಳ್ಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಿರುವ, ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಹಂತ ಚಿತ್ರಣ.

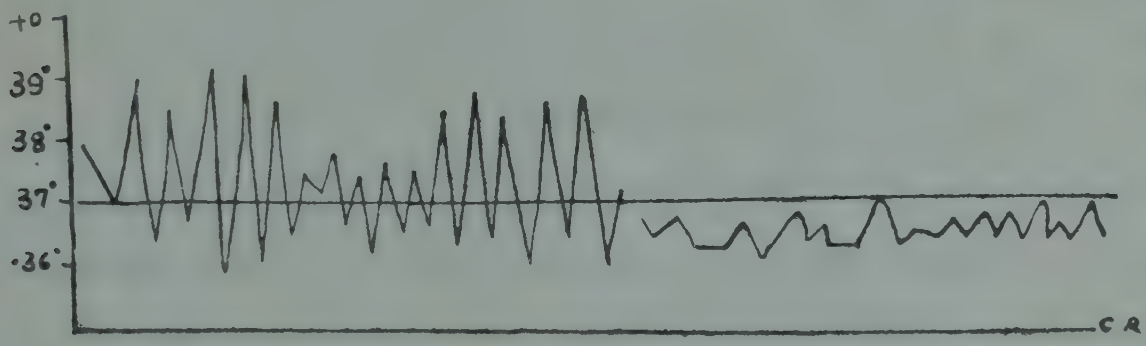


ಚಿತ್ರ ೪೬

(ಸಿ) ನಿರಂತರ (೧೩ ತಿಂಗಳು) ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ; ಹರಡಿಕೆಯು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೀರಲ್ಪಟ್ಟಿರುವುದು, ಪೊಳ್ಳು ಕಾಣಬರುವುದಿಲ್ಲ; (ಡಿ) ಅದೇ ರೋಗಿಯ ಹಂತ ಚಿತ್ರಣ; ಮೊದಲಿದ್ದ ಪೊಳ್ಳಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ನಕ್ಷತ್ರದಂತೆ ತೋರಿಬರುವ ಕಲೆ.

ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ

ಇಡೀ ಹಾಲೆಯನ್ನು ಆವರಿಸಿದ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಕ್ಷಯರೂಪವುಂಟಾಗುವುದು ಅಪರೂಪ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅವು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಉಳಿದ ಕ್ಷಯದ ಪೊಳ್ಳಿನ ಅಂತ್ಯವಾಗಿ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಬಾಲ್ಯದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸೋಂಕಿನಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ರೂಪಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ಇಂದು ಅಂತಹ ರೂಪಗಳು ಅಪರೂಪವಾಗಿವೆ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್, ಥೈವಿಜೈಡ್) ಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯದ ಅಜೇಯ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿರುತ್ತವೆ. ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ ಉಂಟಾದಾಗ, ತೀವ್ರತರ ನಂಜಿನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಿಸುತ್ತವೆ. ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವ ಜ್ವರ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದು ಮೊದಲು ಪೊರೆಯ ರೂಪದ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದಂತೆ



ಚಿತ್ರ ೪೭ : ರೋಗಿ ಕೆಯ ಉಷ್ಣತೆಯ ಏರಿಳಿತ. ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ

ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ವಿಪರೀತ ಬೆವರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆ ಕಾಣಿಸುತ್ತವೆ. ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದಾಗ ತೇವ ಮತ್ತು ಒಣ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ. ಆ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಎದೆದರ್ಶಕದಿಂದ ಅಲಿಸಿದಾಗ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಮಂದ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಸುತ್ತವೆ. ಕಫವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವಿಪುಲವಾಗಿದ್ದು (ಪೊಳ್ಳು ಇರುವುದರಿಂದ) ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿ ತಟಸ್ಥ ರಂಗಿನ ಕಣಗಳು ಎಡಕ್ಕೆ ಹೊರಳಿರುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ರ. ತ. ಸೇ. ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ.

ಮೊದಲು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತವು ಸಾವಿನಲ್ಲಿ ಪರ್ಯವಸಾನವಾಗುತ್ತಿದ್ದಿತು. ಇಂದು ಅದು ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್, ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ರಕ್ತನಾಳಾಂತರವಾಗಿ ಪಾಸ್) ಯಿಂದ ಕೆಲಮಟ್ಟಿಗೆ ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯು ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಇಳುವರಿಯ ಸೂಚಕವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ನಾಶದಿಂದಾಗಿ, ರೋಗವು ತೀವ್ರತೆರನಾಗಿ ಉಲ್ಬಣಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಮುನ್ನೋಟವು ಭಯಾನಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಸಾಧಾರಣ ತೀವ್ರತೆಯ ಒಂದು ಉದಾಹರಣೆಯನ್ನಿಲ್ಲಿ ಕೊಡಬಹುದು :

ರೋಗಿ ಕೆ, ವಯಸ್ಸು ೧೯, ಸಂಪರ್ಕ ಬಂದವರು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ. ಬಾಲ್ಯದ ಎರಡು ವರುಷಗಳು ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟಕರ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಕಳೆದವು. ೧೯೫೩ ರಿಂದ ಕೂಲಿಕಾರನಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾನೆ. ನವೆಂಬರ್ ೧೯೫೪ ರಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಖಾಹಿಲೆಯಿಂದ ಮಲಗಿದ. ಜ್ವರ ೩೯° ಸೆಂ. ಮತ್ತು ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ನೋವು. ಡಿಸೆಂಬರ್ ೨ ರಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ. ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಹಾಲೆಯ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ ಮತ್ತು ದನಿನಾಳದ ಕ್ಷಯವೆಂದು ರೋಗ ನಿದಾನ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಸೇರಿದ ಮೇಲೆ, ದೈಹಿಕ ಪ್ರಕೃತಿ ತುಂಬಾ ಭಯಾನಕ, ವಿಪರೀತ ಕ್ಷೀಣತೆ, ವಿಪರೀತ ಮೇಲೆ ಕೆಳಗಿಳಿಯುವ ಅಸ್ಥಿರ ಜ್ವರ, ಉಷ್ಣತೆಯು ೩೬ ರಿಂದ ೪೦° ಸೆಂ. (ಚಿತ್ರ ೪೭). ನಾಲಗೆ ಒಣಗಿ, ಪಾಚಿಗಟ್ಟಿದೆ. ದಿನದ ಕಫ ಪ್ರಮಾಣ ೧೫೦ ಮಿ. ಲೀ. ಅದರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳ ಇರುವಿಕೆ. ರ. ತ. ಸೇ. ೬೦ ಮಿ. ಮೀ. ಘಂಟೆಗೆ. ಉಚ್ಛ್ವಾಸ ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ ೨೮. ನಾಡಿ ಬಡಿತ ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ ೧೦೦ ರಿಂದ ೧೨೦. ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಬೆರಳಿನಿಂದ ಬಡಿದಾಗ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲಿನ ಗೊಂಚಲಿನಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಮಂದ ಶಬ್ದ. ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಎಡಗಡೆಗೆ. ಉಸಿರಾಟ ಬಿರುಸಾಗಿ. ಅನೇಕ ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು. ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿಲ್ಲದ ಬಿಳಿಯ ಛಾಯೆಯು ಎಡ ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ; ಅದರೊಳಗೆ ಅನೇಕ ಪಾರದರ್ಶಕ ಸ್ಥಳಗಳು (ಚಿತ್ರ ೪೮ ಎ). ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ದರ್ಶಕವು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹುಣ್ಣಿನ ಹರಡಿಕೆಯ ವ್ರಣವನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಪಿರ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಕಾರಾತ್ಮಕ.

ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ೮ ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಲ, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ (೧೪೦ಗ್ರಾಂ.), ಥೈವಿಜೈಡ್ (೨೫೦ ಗ್ರಾಂ.), ಪಾಸ್ (೩೦೦ ಗ್ರಾಂ.) ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ದೈಹಿಕ ಪ್ರಕೃತಿಯನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ. ಇವರಿಂದಾಗಿ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ತುಬಾ ಸುಧಾರಣೆ, ಜ್ವರ ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೧೯ ಮಿ. ಮೀ, ಗಿಳಿಯಿತು. ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದ ವ್ರಣಗಳು ಹೀರಲ್ಪಟ್ಟವು. ಕೆಲವೊಂದು ದೊಡ್ಡದಾದ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣಗಳು ಉಳಿದವು. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಸಹ (ಚಿತ್ರ ೪೮, ಬಿ).

ಜೀವಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಯಿತು; ದನಿ ಪೆಟ್ಟಿಗೆ ಕ್ಷಯವು ಗುಣವಾಯಿತು.

ನಿರ್ಣಯ : ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಹಾಲೆಯ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ, ದನಿ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ವ್ರಣ ಮತ್ತು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ನಾಶ, ೮ ತಿಂಗಳ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದಾಗಿ ರೋಗಿಯ ಉಲ್ಬಣಿಸಿದ ಸ್ಥಿತಿಯು ಉತ್ತಮಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ, ಅನಂತರ ರೋಗವು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ರೂಪವನ್ನು ತಳೆಯಿತು (ನಾರೆಳೆಯ ಪೊಳ್ಳು ಕ್ಷಯರೂಪ).

ನಾರೆಳೆಯಿಂದ ಕೂಡಿ ಪೊಳ್ಳಾದ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯ

ದೈಹಿಕ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಸಾಕಷ್ಟು ಇದ್ದರೆ, ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ರೋಗವೂ ನಾರೆಳೆಯಿಂದ ಕೂಡಿ ಪೊಳ್ಳಾದ ಕ್ಷಯರೂಪ ಧರಿಸಬಹುದು. ಉಸಿರುನಾಳದ ಮೂಲಕ ಹರಡಿಕೆ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆ ಅದರ ಮುಖ್ಯವಾದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಾಗಿವೆ. ಕೊನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ದೇಹವು ನಶಿಸಿಹೋಗುತ್ತದೆ (ಕ್ಷೀಣಗೊಂಡ ಕ್ಷಯ). ರೋಗವು

ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗ ಜ್ವರ, ಅದೂ ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ, ರಾತ್ರಿ ಬೆವರುವಿಕೆ, ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ ಇವು ಇಲ್ಲದ ದಿನಗಳೂ ಉಂಟು. ಅನಂತರ ರೋಗವು ಮುಂದುವರಿದು, ಕರುಳಿನ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಕ್ಷಯ ತೊಡಕಿನಲ್ಲಿ ಪರ್ಯವಸಾನಗೊಳ್ಳುವುದು.

ರೋಗಿಯು ಅನೇಕ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಂದ ನರಳುತ್ತಾನೆ : ಜ್ವರ, ರಾತ್ರಿ ಬೆವರುವಿಕೆ, ನಾಡಿಯ ತೀವ್ರ ಬಡಿತ, ನಿದ್ರಾಹೀನತೆ, ಹೆಚ್ಚು ಕಫ, ಆಗಾಗ್ಗೆ ತೊಂದರೆ ಕೊಡುವ ಕೆಮ್ಮು ರಾತ್ರಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ಹಾಳುಮಾಡುವಿಕೆ, ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಹೆಚ್ಚಿದ ಕೆಮ್ಮು ವಾಂತಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವಿಕೆ (ಸಂಚಾರಿ ನರದಲ್ಲಿ ಉರಿತ ಮಾಡಿ), ಪೊಳ್ಳಿನಿಂದ ವಿಪುಲ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಗೋಚರಿಸುವ ಲಕ್ಷಣ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಅದನ್ನು ಒಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಿ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಪುಪ್ಫುಸದುರಿತ ಮತ್ತು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ವಿಸ್ತೃತ ಪುಪ್ಫುಸದುರಿತವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಅಂತಹ ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬಾ ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಷಯದ ದೈಹಿಕ ಲಕ್ಷಣವನ್ನು ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹೋಲುತ್ತದೆ. ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಆ ಚಿತ್ರವು ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯದ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೂಪ.

ಬೆರಳಿನಿಂದ ತಟ್ಟಿದಾಗ ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಮಂದ ಶಬ್ದ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಪ್ರತಿನಾದಿತಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ಉಸಿರಾಟವು ಉಸಿರಿನಂತೆ. ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ರಚನೆಗೊಂಡ ಪೊಳ್ಳಿದ್ದರೆ ಬಾಟಲಿಯ ಬಾಯಿಯಲ್ಲೂದಿದಂತೆ. ಸಕಾರದ ಅಥವಾ ಗಂಭೀರದ ಹಸಿ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು, ಪೊಳ್ಳು, ನಾರಿನಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಗಳು, ಈಚಿನ ಎದೆಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ, ಉಸಿರುನಾಳದ ಮೂಲಕ ರೋಗ ಹರಡಿ ನಾರೆಳೆಯ ಪೊಳ್ಳು ಕ್ಷಯದ ಉತ್ಪಾದನೆ. ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅಲ್ಲಿ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ವ್ರಣ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ದೇಹ ಕ್ಷೀಣಿಸಿದಂತೆ, ತೊಡಕುಗಳು ತೋರಿದಂತೆ (ಲೋಳ್ಸಕ್ಕರೆಯ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ತೋರಿಬಂದು) ಮುನ್ನೋಟವು ಭಯಾನಕವಾಗುವುದು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಕಟವನ್ನು ಯೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷೆಯಿಂದ, ದೂರ ಮಾಡಬಹುದು. ರೋಗದ ಹಬ್ಬುಗೆಯಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನಾದ ರೋಗಿಗಳು ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಮೊದಲು ಅವರ ಆಯುಷ್ಯ ಸರಾಸರಿ ೪–೫ ವರುಷಗಳಷ್ಟು ಇದ್ದಿತು. ಇಂದು ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದ ಮೇಲೆ, ಅದು ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದರಿಂದ, ಆಯುಷ್ಯ ೮ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವರುಷ ಏರಲಾಗಿದೆ. ದೀರ್ಘಾವಧಿ ನಾರೆಳೆಯ ಪೊಳ್ಳು ಕ್ಷಯವು ಒಂದು ಪುಪ್ಫುಸದಲ್ಲಿದ್ದು, ಯೋಗ್ಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿನ್ನೂ ಅಡಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಪುಪ್ಫುಸವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವುದು ಇಲ್ಲವೆ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯಾ ಕುಸಿಯುವಿಕೆ (ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕುಸಿಯುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಎದೆಗೂಡಿನ ರಿಪೇರಿ) ಯು ಯೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮ.

ಕೆಳಗೆ ಕಾಣಿಸಿದ ರೋಗಿಯ ಅಭ್ಯಾಸವು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ

ಯಶಸ್ಸಿನ (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯು ಅಡ್ಡಿಯಿದ್ದರೂ) ಉದಾಹರಣೆ. ಅಲ್ಲಿ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲದ ನಾರೆಳೆಯ ಪೊಳ್ಳು ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲಾಗಿದೆ.

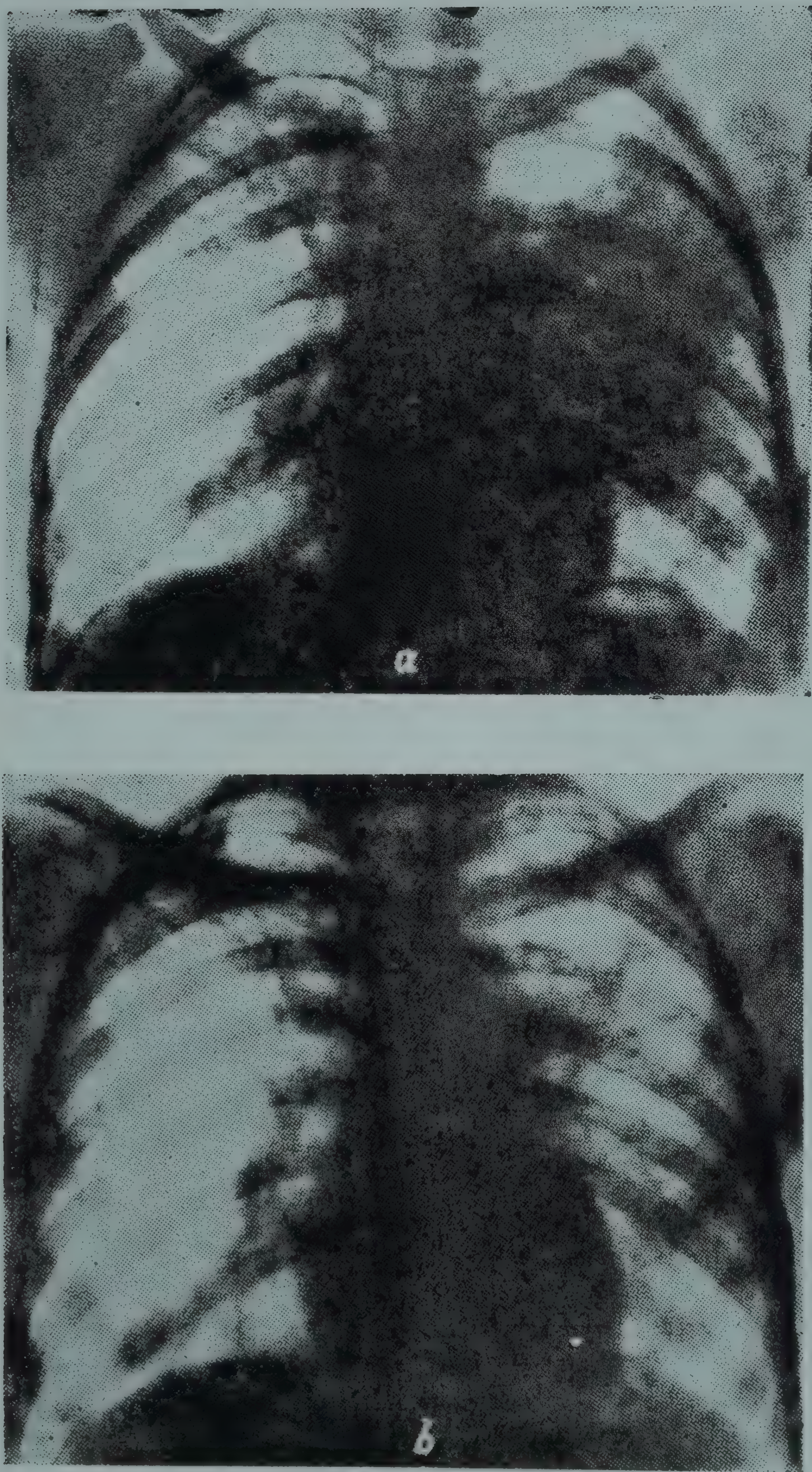
ರೋಗಿ ಕೆ, ಮಹಿಳೆ, ವಯಸ್ಸು ೪೧, ಸಂಪರ್ಕ ಬಂದವರು ತಿಳಿದಿಲ್ಲ, ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟಿ, ಆರೋಗ್ಯಕರ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ೧೯೫೬ ರ ಫೆಬ್ರುವರಿಯಲ್ಲಿ ಇನ್ಫ್ಲುಯೆಂಜಾ ಎಂದು ತಿಳಿಯಲ್ಪಟ್ಟ ರೋಗದಿಂದ ನರಳಿಕೆ, ಆ ರೋಗವು ಬಹು ದಿನ ಉಳಿಯಿತು. ಎದೆ ಚಿತ್ರವು ನಾರಳೆಯ ಪೊಳ್ಳು ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಅದರ ಹರಡುವಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಕ್ಷಯಾಣು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳ ಇರುವಿಕೆ. ಫೆಬ್ರುವರಿ ೨೮, ೧೯೫೬ ರಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿಕೆ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿದ ಮೇಲೆ, ಉಷ್ಣತೆ ೩೭.೮° ಸೆಂ., ಸುಸ್ತು, ಉಬ್ಬಸ, ನಾಡಿಯ ತೀವ್ರ ಬಡಿತ, ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೫೭ ಮಿ. ಮೀ. ಬೆರಳಿನಿಂದ ಬಡಿದಾಗ ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲಿನ ೨/೩ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಂದ ನಾದ. ಅದೇ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಉಸಿರು ಮತ್ತು ಉಸಿರು–ಗುಳ್ಳೆ ಶಬ್ದಗಳು, ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು. ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದ ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಪೊಳ್ಳುಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಮೊದಲನೆಯ ಪಕ್ಕೆಲುಬಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿಲ್ಲದ ಪೊಳ್ಳು ಮತ್ತು ೪ ನೆಯ ಪಕ್ಕೆಲುಬಿನ ಬಳಿ ಮತ್ತೊಂದು. ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸದ ಒಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಉಸಿರುನಾಳದಿಂದಾದ ಪರಿಮಿತ ಹರಡಿಕೆ (ಚಿತ್ರ ೪೯ ಎ).

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಲಾರುಸಾನ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್‌ನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದಿತು. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಕೊಟ್ಟಾಗ ಉಷ್ಣತೆಯು ೩೯.೫° ಸೆಂ. ಗೆ ಏರಿ, ಕಿವಿಯಲ್ಲಿ ಶಬ್ದ ಬರಲಾರಂಭಿಸಿತು. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ನಿಲ್ಲಿಸಿದ ಮೇಲೆ ದೈಹಿಕ ಉಷ್ಣತೆಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಬಂದಿತು. ಆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಏಳು ತಿಂಗಳ ಕಾಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು (ಲಾರುಸಾನ್ ೧೭೦ ಗ್ರಾಂ., ಪಾಸ್ ೨ ಕೆ.ಜಿ.) ಕೊಟ್ಟ ಮೇಲೆ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಎದೆ ಚಿತ್ರದ ಮೂಲಕವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದಿದುದು ಗೋಚರಿಸಿತು. ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳೆಲ್ಲ ಮಾಯವಾದವು. ರೋಗಿಯು ೧೫ ಕೆ. ಜಿ. ತೂಕವನ್ನು ಪಡೆದಳು. ಉಷ್ಣತೆಯು ಸಾಮಾನ್ಯಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪಿತು. ಕಫದಿಂದ ಕ್ಷಯಾಣು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳು ಮಾಯವಾದವು. ಸ್ರಾವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳೆಲ್ಲ ಮಾಯವಾದವು. ಉಸಿರ್ನಾಳ ಗುಳ್ಳೆಯ ಉಸಿರಾಟ, ಹರಡಿದ ಛಾಯೆಗಳೆಲ್ಲ ಎದೆ ಚಿತ್ರ ತೆಗೆದಾಗ ಮಾಯವಾದುದು ಗೋಚರಿಸಿತು (ಚಿತ್ರ ೪೯, ಬಿ). ಹಂತ ಚಿತ್ರಣ ತೆಗೆದು ನೋಡಿದಾಗ ಶೃಂಗ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪೊಳ್ಳು ಇದ್ದುದು ಗೋಚರಿಸಿತು (ಚಿತ್ರ ೪೯, ಸಿ). ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದಿದ ಮೇಲೆ, ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯದ ನೇತೃತ್ವದಲ್ಲಿ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲು ಆದೇಶವನ್ನು ಕೊಡಲಾಯಿತು.

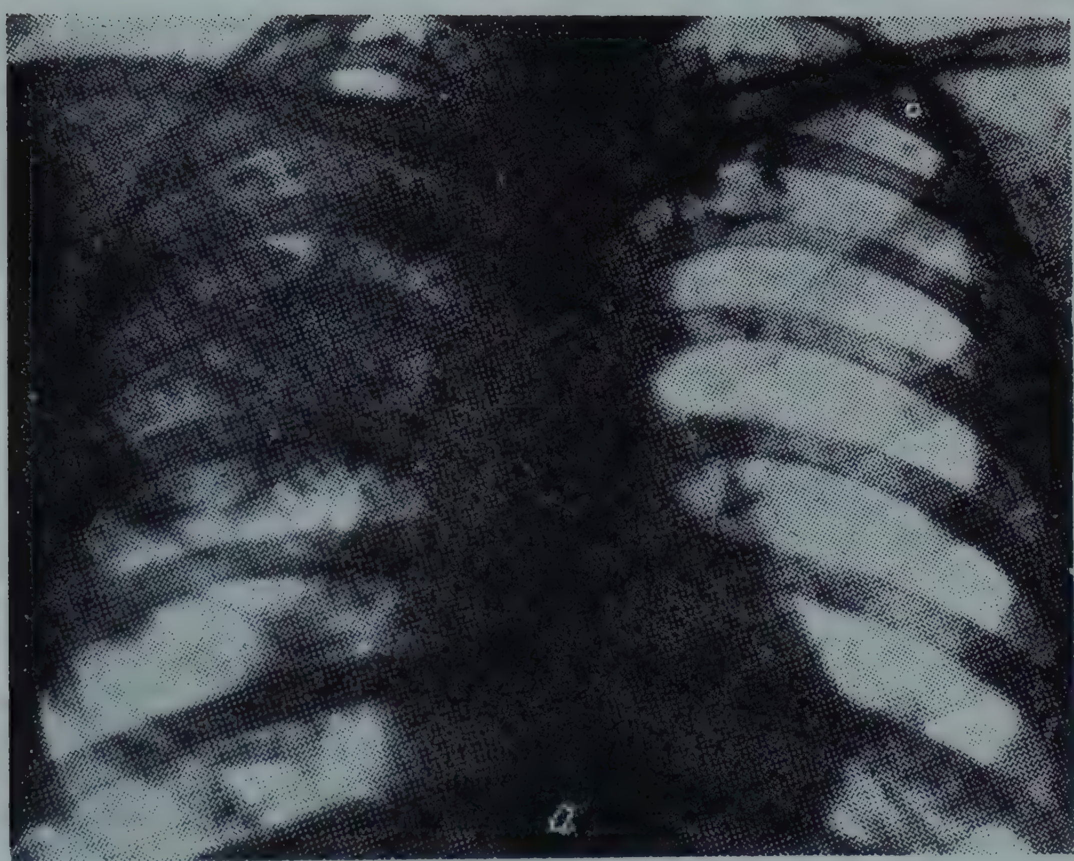
ಕ್ಷಯದಿಂದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಗಟ್ಟಿಯಾದುದು ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆ

ರೋಗಿಷ್ಠ ಪುಪ್ಪುಸದ ಒಳಗೆ ಮತ್ತು ಹೊರಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಎಳೆಗಳ ಕೋಶವು ವಿಪುಲವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಇಂದು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ



ಚಿತ್ರ ೪೮ : ಕ ರೋಗಿಯ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ

(ಎ) ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮೊದಲು; ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ, (ಬಿ) ೮ ತಿಂಗಳು ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ



ಚಿತ್ರ ೪೯ : ರೋಗಿ ಕೆ. ವಿ. ಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಗಳು
(ಎ) ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮೊದಲು; ನಾರಳೆಯ ಪೊಳ್ಳು ಹೊಂದಿ ಬೇರೂರಿದ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯ,
ಆದರ ಹರಡಿಕೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ

ರೆಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಆಯುಷ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತಿದೆ.

ಅನೇಕ ತೆರನಾದ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶವು ಗಟ್ಟಿಯಾಗಬಹುದು. ಆಗಾಗ್ಗೆ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸ ಗಟ್ಟಿಯಾದುದು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಹರಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೊಳ್ಳು ರೋಗದಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತವಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸವು ಹಿಂದಕ್ಕೆ ಸೆಳೆಯಲ್ಪಡಬಹುದು. ಪುಪ್ಪೊರೆಯೂ ಈ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದರೆ, ಪುಪ್ಪುಸವು ಹಿಂದಕ್ಕೆ ಸೆಳೆಯಲ್ಪಟ್ಟಂತೆ, ಎದೆಗೂಡಿನ ವಿಕೃತಿಗಳೂ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯ ಸ್ಥಳಾಂತರವೂ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ (ನಾರಾದ ಎದೆ). ಅನಂತರದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನಾದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕ ಎಳೆಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶಹೊಂದಿದ ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ಅಳಿದುಳಿದ ಪೊಳ್ಳುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಹಿಚುವಿಕೆಯು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಪುಪ್ಪುಸದ ತಿರುಳು ಕಡಿಮೆಯಾದಂತೆ, ರೋಗವು ಪುಪ್ಪೊರೆ ಮತ್ತು ಎದೆಗೂಡನ್ನು ಸಹ ಇರಿಯುತ್ತದೆ. ಇದರ ಫಲವಾಗಿ ಎದೆಗೂಡು ರೋಗಿಷ್ಠ ಭಾಗದ ಕಡೆ ತುಂಬಾ ವಿಕೃತಿಯನ್ನು ಹೊಂದುವುದು. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ತಲೆದೋರುವ ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯು ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯಾಡುವ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದು. ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ಪುನರ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಅಪಧಮನಿಗಳು ಖಾಲಿ ಮಾಡುವಿಕೆ, ಉಸಿರ್ನಾಳ–ಅಪಧಮನಿಗಳ ಜಾಲದ ವಿಪುಲ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಈ ಎರಡೂ ತೆರನಾದ ರಕ್ತಗಳ ಕೂಡಿಕೆ ಇವೆಲ್ಲವೂ ರಕ್ತವನ್ನು ಶುದ್ಧಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ (ಎ. ಐ. ರೈಕಿಂಡ್). ಅಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ಕಿರಿಯ ಚಕ್ರದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ತೊಂದರೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಒತ್ತಡ ಏರುತ್ತದೆ. ಅದು ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಬೇರೂರಿದ ಶ್ವಾಸ ಹೃದಯರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಪರ್ಯವಸಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಉಬ್ಬಸ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ; ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ನೀಲಿ ಛಾಯೆಯು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಅದರದೇ ಆದ ವಿಶಿಷ್ಟ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ವಿದ್ಯುತ್ ಹೃದಯ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ (ಚಿತ್ರ ೫೦). ಸಾವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಕೆಳಗಿನ ರೋಗಿಯ ಚಿತ್ರವು ಮೇಲಿನ ರೋಗಲಕ್ಷಣವನ್ನು ವಿವರಿಸಲು ಶಕ್ಯವಾಗುವುದು.

ರೋಗಿ ಕೆ. ಎಂ., ವಯಸ್ಸು ೪೧. ನಿದಾನ : ಬೇರೂರಿದ ವಿಸ್ತೃತ ನಾರೆಳೆಯ ಪೊಳ್ಳು ಕ್ಷಯ. ಮೇಲಿನ ಬಲ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ರಾಕ್ಷಸ ಗಾತ್ರದ ಪೊಳ್ಳು, ಪುಪ್ಪುಸ ಗಟ್ಟಿಯಾಗುವಿಕೆ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲೂ ಅದರ ಹರಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸದ ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆ, ಹೃದಯ-ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಅಸಮರ್ಥತೆ

ಮೂರನೆಯ ಹಂತದ ವರೆಗೆ; ಶ್ವಾಸ ಹೃದಯ ರೋಗ, ಒಂಭತ್ತು ವರುಷಗಳಿಂದ ಕ್ಷಯಿಡಿಂದ ನರಳಿಕೆ, ಸ್ಥಿತಿ ತೀವ್ರ ಹದಗೆಟ್ಟು ಉಬ್ಬಸ, ನೀಲಿ ಛಾಯೆ ಮತ್ತು ಬಾವು.

ದಾಖಲಾತಿಯ ನಂತರ ವಿದ್ಯುತ್ ಹೃದಯ ಚಿತ್ರ : ಸಾಮಾನ್ಯ ಗತಿ, ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ ೧೨೦ ಬಡಿತ, ಪಿ–ಕ್ಯು. ಸಮಯ ೦.೧೫ ಸೆಕೆಂಡ್, ಕ್ಯು. ಆರ್. ಎಸ್. ಸಂಕೀರ್ಣ ೦.೦೭ ಸೆಕೆಂಡ್, ಕ್ಯು. ಆರ್. ಎಸ್. ಟಿ. ೧.೩೨ ಸೆಕೆಂಡ್, ಆಕುಂಚನ ಗುರುತು ೬೪ (ಸಾಮಾನ್ಯ ೫೨), ಲೀಡ್ ೨ ಮತ್ತು ೩ ರಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ವೋಲ್ಟೇಜ್– ಆರ್. ಮತ್ತು ಪಿ. ಯಲ್ಲಿ, ಬಲಗಡೆ : ಎಸ್. ಟಿ. ಸಮಯ ಲೀಡ್ ೨ ಮತ್ತು ೩ ರಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿದ ೫೩ ದಿನಗಳ ನಂತರ, ಹೃದಯದ ತೀವ್ರ ಅಸಮರ್ಥತೆಯಿಂದ ರೋಗಿಯ ಸಾವು.

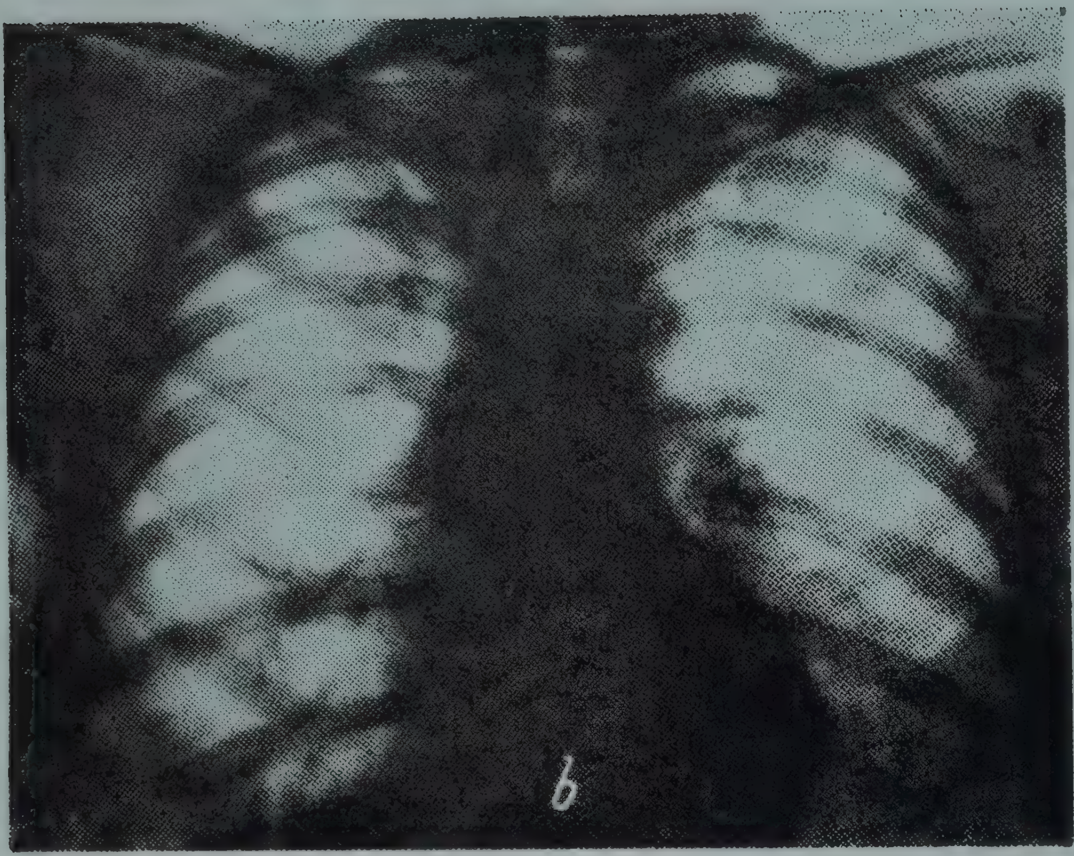
ನಿರ್ಣಯ : ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಶ್ವಾಸ–ಹೃದಯ ರೋಗ

ಶವ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ರಾಕ್ಷಸ ಗಾತ್ರದ ಪೊಳ್ಳು. ಎರಡೂ ಪುಪ್ಪುಸಗಳಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣ ಗೊಂಡು ನಾಶಗೊಂಡ ವ್ರಣ. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೋಶ ಮುಚ್ಚಿರುವುದು. ಎರಡೂ ಕಡೆ ಪುಪ್ಪೊರೆ ಮತ್ತು ಹೃದಯ ಚೀಲದ ಸೇರಿಕೆ : ಬಲ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಯು ಹೀಚಿ ದೊಡ್ಡದಾಗಿರುವಿಕೆ, ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುವಿನ ಅನುವಳಿಕೆ.

ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆಯಿಂದ ಪುಪ್ಪುಸವು ಹಿಂದಕ್ಕೆ ಸೆಳೆಯಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಮೊದಲು ತಿಳಿಸಿದಂತೆ, ಹಿಂದುಳಿಯಲ್ಪಟ್ಟ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ರೂಪುಗೊಂಡು ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯನ್ನು ರೋಗಿಷ್ಠ ಭಾಗದತ್ತ ಸೆಳೆದುಕೆದಳ್ಳುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಎದೆಗೂಡು ವಿಕೃತಿಗೊಂಡು ಒರಟಾಗುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ನಾರಾದ ಎದೆಯೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

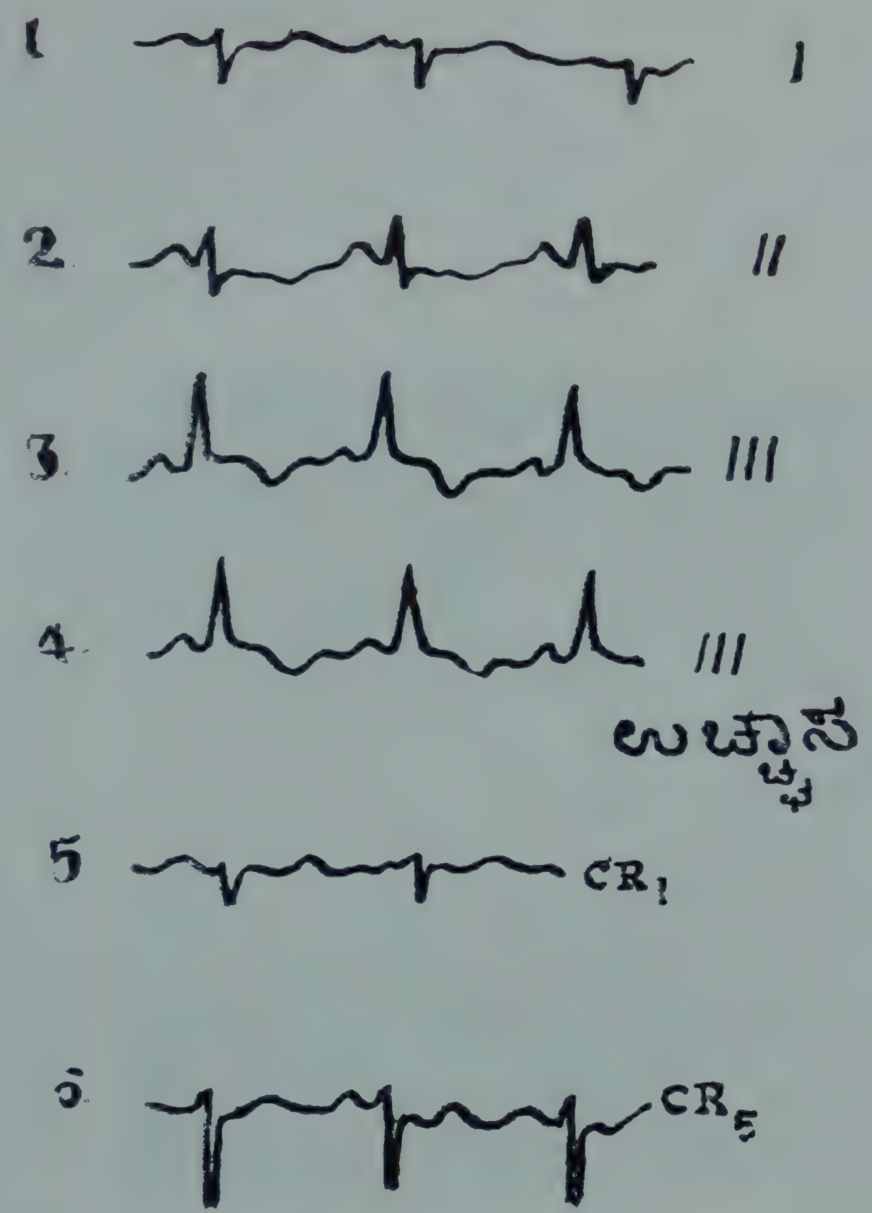
ಇತರ ರೋಗಗಳಿಂದ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಗುರುತಿಸುವಿಕೆ– ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಕಷ್ಟ ಕಾಣುವುದಿಲ್ಲ. ಚರಿತ್ರೆಯು ಕ್ಷಯದ ಉದ್ಭವ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಈಗ ಅಥವಾ ಹಿಂದೆ ಗೋಚರಿಸಿದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು, ಕುಸಿತದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಹೀಚುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯ ಇವುಗಳು ಯೋಗ್ಯ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಬರಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತವೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಹೀಚಿದ ಉಸಿರ್ನಾಳಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ರೋಗಿಗಳು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಹೃದಯ ರೋಗಿಗಳಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತಾರೆಂಬುದನ್ನು ನೆನಪಿಸಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಅಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಸೂತ್ರಗಳ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲದೆ, ರೋಗಿಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಶಮನ ಮಾಡುವತ್ತ ಗಮನ ಕೊಡಬೇಕು. ಹೃದಯವರ್ಧಕ ಔಷಧಗಳು, ಆಮ್ಲಜನಕ

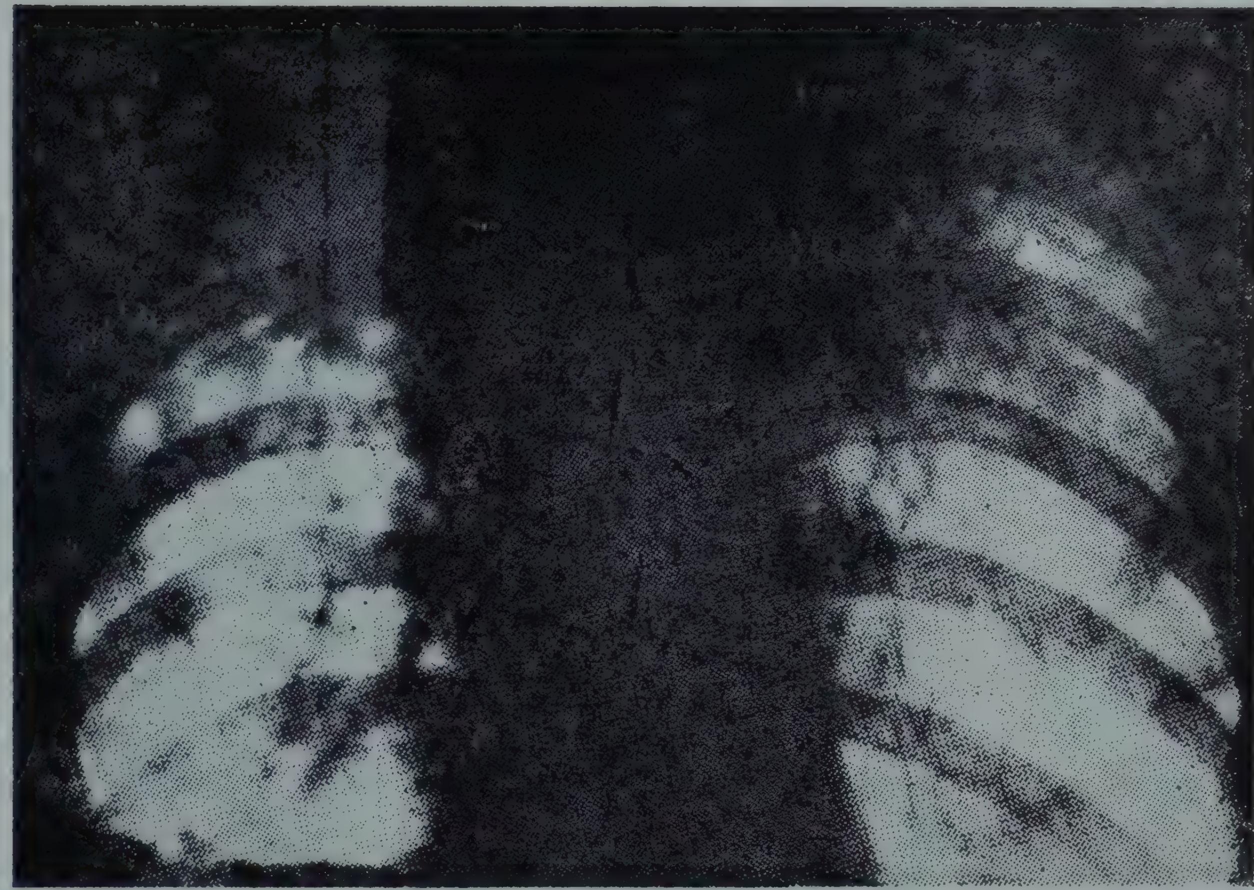




ಚಿತ್ರ ೪೯ ಬಿ. (ಬಿ) ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನಂತರ ಅದೇ ರೋಗಿಯ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ
(ಸಿ) ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನಂತರ ಅದೇ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಹಂತ ಚಿತ್ರಣ



ಚಿತ್ರ ೫೦ : ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಶ್ವಾಸ–ಹೃದಯ ರೋಗ ಹೊಂದಿದ ರೋಗಿಯ ವಿದ್ಯುತ್ ಹೃದಯ ಚಿತ್ರ ೧. ತೀರ ಒಳಕ್ಕಿಳಿದ ಎಸ್; ಎತ್ತರವಿಲ್ಲದ ಆರ್; ೨. ಎರಡುಬಾರಿ ಮೇಲೆ ಕೆಳಗಿಳಿದ ಟಿ, ಎತ್ತರದ ಪಿ; ೩. ಹೆಚ್ಚು ಎತ್ತರದ ಆರ್, ಅಧೋಮುಖಿಯಾದ ಟಿ; ಹೆಚ್ಚು ಎತ್ತರದ ಪಿ; ೪. ಅದೇ ಮೂರನೇ ಲೀಡ್‌ನಂತೆ; ೫ ಮತ್ತು ೬. ತೀರ ಕೆಳಗಿಳಿದ ಎಸ್; ಹೆಚ್ಚು ಎತ್ತರವಿಲ್ಲದ ಆರ್



ಚಿತ್ರ ೫೧ : ಕ್ಷಯದಿಂದ ಒರಟಾದ ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಅದರಿಂದಾದ ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆ

ಸೇವನೆ ಮತ್ತು ಯೋಗ್ಯವೆನಿಸಿದ ಕಡೆ ರಕ್ತವನ್ನು ಹೊರಹಾಕುವಿಕೆ ಇವು ಅಸಮರ್ಥತೆಯನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತವೆ. ಕ್ಷಯದಿಂದ ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಪುಪ್ಪುಸದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಚಿತ್ರ ೫೧ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯದ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ಹೆಚ್ಚು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಅವು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ರೋಗವನ್ನು ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಿಂದ ಗುರುತಿಸುವ ಮೊದಲೇ ಉದ್ಭವಗೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಯುವಕರಲ್ಲಿ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತವು ನಾಭಿಯಲ್ಲಿ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಕ್ಷಯದಿಂದ ದೊಡ್ಡವಾದಾಗ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ರೋಗಗಳನ್ನು ಕ್ಷಯದಿಂದ ಉಂಟಾದುವೆಂದು ತಿಳಿಯಬೇಕು. ಅಂತಹ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯೊಡನೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತಗಳನ್ನು ಮೂರು ತೆರನಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು : (೧) ಒಣ ಮತ್ತು ನಾರೆಳೆಯ: (೨) ಒಸರಿಕೆಯ ಜೊತೆ; (೩) ಕೀವುಗೊಂಡ.

ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆಯು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ಮೊದಲ ಚಿಹ್ನೆಯಾಗಿದೆ. ಲೇಖಕನ ಅಂಕಿ–ಸಂಖ್ಯೆಗಳಂತೆ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತದ ನಂತರ, ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊರಹಾಕುವ ತೆರನಾದ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯವು ಮೊದಲನೆಯ ವರುಷದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡಾ ೪೦.೩ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ; ೧ ರಿಂದ ೩ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡಾ ೧೩.೬ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ೩ ರಿಂದ ೫ ವರುಷಗಳ ತರುವಾಯ ಶೇಕಡಾ ೬ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತದ ಮೊದಲು ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯದ ಇರುವಿಕೆಯು ಶತಾಂಶ ೧೯.೩ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಲಾಯಿತು. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತದ ಅನಂತರ ವರುಷದಲ್ಲಿ ೩–೪ ಬಾರಿ, ಕನಿಷ್ಠಪಕ್ಷ ಮೂರು ವರುಷಗಳ ಕಾಲವಾದರೂ ಪದೇಪದೇ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ ತೆಗೆಯುವುದರ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳುತ್ತದೆ.

ಒಣ ಪುಪ್ಪೊರೆಯುರಿತ : ಎದೆಯ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ತೀವ್ರತರನಾದ ಇರಿಯುವಂತಹ ನೋವಿನಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಉಸಿರಾಟಕ್ರಿಯೆಗೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಮ್ಮು, ಜ್ವರ– ಅದು ೩೮° ಸೆಂ. ವರೆಗೆ ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು– ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಯಾವ ಅನ್ಯ ಗೋಚರ ಚಿಹ್ನೆಯೂ ಕಂಡುಬರದಿರಬಹುದು. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉಜ್ಜುವಿಕೆಯ ಶಬ್ದ ಕೇಳಿಬರಬಹುದು. ಎದೆಯ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸದ

ವ್ರಣವಾವುದೂ ಗೋಚರಿಸದಿರಬಹುದು; ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಶೃಂಗದಲ್ಲಿ ವ್ರಣ ಗೋಚರಿಸಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರೋಗವು ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ವರೆಗೆ ಮುಂದುವರಿಯುವುದು. ವಪೆಯ ಪುಪ್ಪೊರೆಯುರಿತದಲ್ಲಿಯಂತೆ ನೋವು ಹೊಟ್ಟೆಯತ್ತ ಹರಿದು ಬರಬಹುದು. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಒಣ ಪುಪ್ಪೊರೆಯುರಿತವು ಮರುಕಳಿಸುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಬೆಚ್ಚಗಿರುವ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ. ನೋವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಕೊಡೀನ್ ಫಾಸ್ಫೇಟ್ ೦.೦೨ ಗ್ರಾಂ. ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಅಥವಾ ಮೂರು ಬಾರಿ ಇಲ್ಲವೆ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಪಾಂಟೋಪಾನ್ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್ ಕೊಡಬಹುದು. ಹೊರಚಿಕಿತ್ಸೆ–ನೋವಿರುವ ಕಡೆ ಒತ್ತಿ ಕಟ್ಟಿದ ಬ್ಯಾಂಡೇಜ್ (ಬಿಸಿಯಾದ ತೈಲ ಉತ್ತಮ) ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯವೆನಿಸಿದರೆ ಥೈವಿಜೈಡ್ ೧ ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ದಿನವೂ : ಪಾಸ್ ದಿನಕ್ಕೆ ೧೨ ಗ್ರಾಂ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ, ಒಣ ಪುಪ್ಪೊರೆಯುರಿತವು, ಕ್ಷಯದ ಪುಪ್ಪೊರೆಯುರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆಯ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತವಾಗಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ಪುಪ್ಪೊರೆಯುರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆ : ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಏಕಾಏಕಿ ಜ್ವರದಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ದೈಹಿಕ ಉಷ್ಣತೆಯು ೩೯° ಸೆಂ. ವರೆಗೆ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಏರಬಹುದು. ಎದೆಯಲ್ಲಿ ತೋರಿದ ಇರಿಯುವ ನೋವು ಒಸರಿಕೆಯು ಉಂಟಾದ ಮೇಲೆ ಮಾಯವಾಗುವುದು. ನಾಡಿ ಬಡಿತ ತೀವ್ರವಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಉಸಿರಾಟದ ತಪ್ಪುತಡೆಯುಂಟಾಗುವುದು. ಬೆರಳಿನಿಂದ ಬಡಿದಾಗ ಅದು ತುಂಬಾ ಮಂದವಾಗಿ ಕೇಳಿ, ಅದರ ಮೇಲೆ ಡಾಮೊಸಿಯ ಗೆರೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಇದು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಜಲವಿರುವುದನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಎದೆಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ ರೋಗ ನಿದಾನದಲ್ಲಿ ಬಹು ಉಪಯುಕ್ತ (ಚಿತ್ರ ೫೨ ಎ, ಮತ್ತು ೫೨ ಬಿ). ಮುಟ್ಟಿನೋಡಿದಾಗ, ಮಂದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೈಗೆ ಹತ್ತಿಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಉಸಿರಾಟದ ಶಬ್ದ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಕೇಳಿಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಜಲದ ಮಟ್ಟದ ಮೇಲೆ ಪುಪ್ಪುಸವು ಹಿಂದಕ್ಕೆಳೆದು ನಿಂತಿರುವುದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿನಾದಿತ ಶಬ್ದ ಉತ್ಪನ್ನವಾಗಬಹುದು. ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಜಲವು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾದಾಗ, ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ಅಂಗಗಳು ನಿರೋಗಿ ಭಾಗದ ಕಡೆ ತಳ್ಳಲ್ಪಟ್ಟಿರುತ್ತವೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲೋಸುಗ ಒಸರಿಕೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಅದಕ್ಕೆ ಪುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಸೂಜಿಯನ್ನು ಚುಚ್ಚಿ ಒಳಕ್ಕೆ ಗಾಳಿ ಸೇರದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಂಡು ಜಲವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯಬೇಕು. ಜಲವು ತುಂಬಾ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿ, ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯ ಅಂಗಗಳು ತಳ್ಳಲ್ಪಟ್ಟು ಉಬ್ಬಸ ಬರುತ್ತಿದ್ದರೆ ಕೋಶದಲ್ಲಿನ ಜಲವನ್ನು ಖಾಲಿ ಮಾಡಬೇಕು.

ಒಸರಿಕೆಯ ದ್ರವವು ಅಂಟಿಕಡ್ಡಿಯಂತೆ ಹಳದಿ ಅಥವಾ ಹಸಿರಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಮಸುಕಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅದರ ಸಾಪೇಕ್ಷ–ಸಾಂದ್ರತೆಯು ೧೦೧೫ ರಿಂದ ೧೦೨೦. ದ್ರವವು ಹಾಗೆಯೇ ಶೋಧಿಸಿಬಂದಿದ್ದರೆ ಅದರ ಸಾಪೇಕ್ಷ–ಸಾಂದ್ರತೆಯು ೧೦೧೫ ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಒಸರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರೋಟೀನ್ ಅಂಶ ಶೋಧಿಸಿದ ದ್ರವಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ. ರಿವಾಲ್ಟ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ (ಅಸಿಟಿಕ್ ಆಮ್ಲದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಹನಿ ಒಸರಿಕೆಯು ಮೋಡದಂತಹ ಛಾಯೆಯನ್ನು ಬಿಡುತ್ತದೆ) ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಪ್ರೋಟೀನ್ ಅಂಶವು ೨.೫ ರಿಂದ ೭% ವರೆಗೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಶೋಧಿತ ದ್ರವದಲ್ಲಿ (ಎದೆಯ ಜಲ) ಪ್ರೋಟೀನ್ ೦.೨ ರಿಂದ ೦.೩% ಮಾತ್ರ ಇದೆ. ನೇರ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಒಸರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವುದು ಅಪರೂಪ. ಅವುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತಳಿ ಮಾಡುವುದರ ಮೂಲಕ ಇಲ್ಲವೆ ಗಿನಿ ಹಂದಿಗಳಿಗೆ ಚುಚ್ಚಿ ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು.

ಹೆಚ್ಚುವರಿಗೊಂಡ ರ. ತ. ಸೇ. ಮತ್ತು ಎಡಕ್ಕೆ ಸ್ಥಳಾಂತರ– ಇವು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಮುಖ್ಯವಾದುವು. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಒಸರಿಕೆಯು ಎರಡು ಹಾಲೆಗಳ ಮಧ್ಯದ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಪರಿಮಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಅದು ಕದಿರಿನಂತೆ ಛಾಯೆಯನ್ನು (ಚಿತ್ರ ೫೩ ಎ) ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಪಕ್ಕದಿಂದ ಚಿತ್ರ ತೆಗೆದಾಗ ಅದು ಹಚ್ಚು ಸ್ಫುಟವಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೫೨ ಬಿ).

ಒಣ ವಿಧಕ್ಕಿಂತಲೂ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ರೋಗಗತಿಯು ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲದ್ದಾಗಿದೆ. ಅದು ಮೂರು ವಾರಗಳಿಂದ ೨–೩ ತಿಂಗಳು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಜ್ವರವು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಕೆಳಕ್ಕಿಳಿಯುತ್ತದೆ.

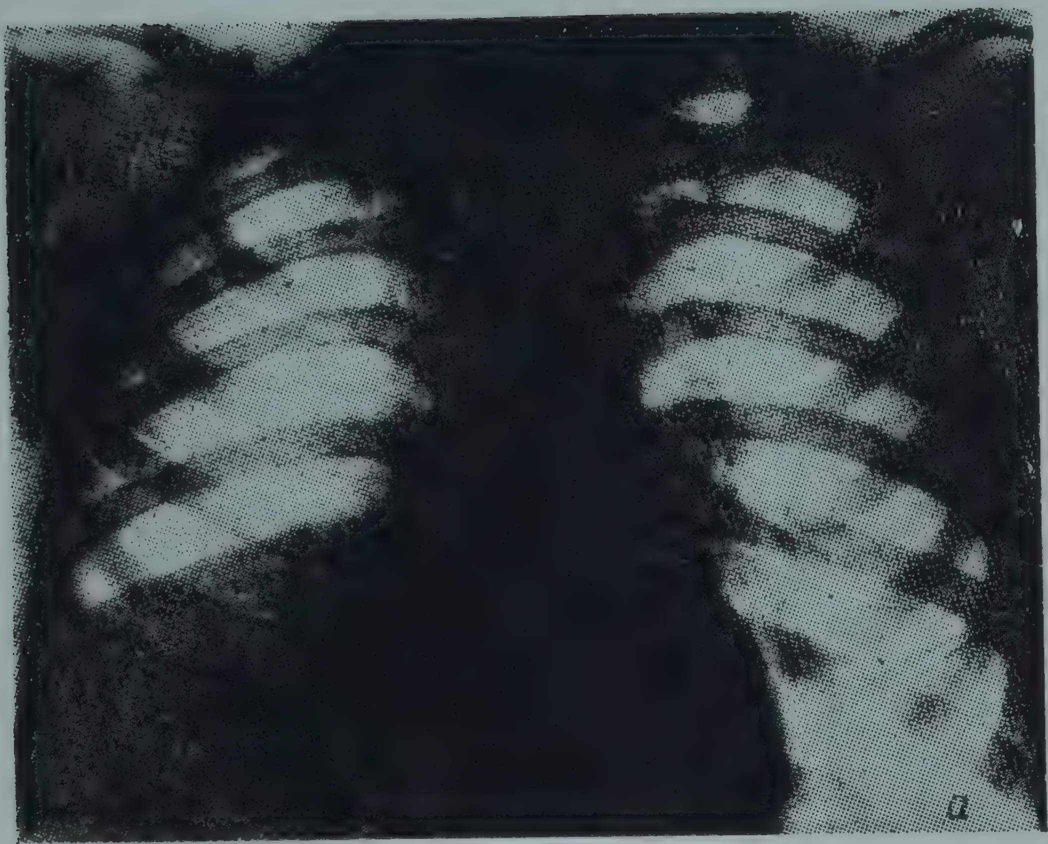
ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಶ್ರಾಂತಿ, ಯೋಗ್ಯ ಆಹಾರ, ಉಪ್ಪು ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ಜೀವಸತ್ವಗಳು. ರಸಾಯನರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಮೊದಲು, ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆಯಲ್ಲಿ, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ೧ ಗ್ರಾಂ. ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಗೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ದಿನವೂ ಥೈವಿಜೈಡ್ ೧ ಗ್ರಾಂ. ಮತ್ತು ಪಾಸ್ ೧೨ ಗ್ರಾಂ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅದರಲ್ಲೂ ಪುಪ್ಪುಸದ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿದ್ದಾಗ ಬಿಡದೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಔಷಧಗಳೊಡನೆ ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ನ್ನು ೨೦ ಯುನಿಟ್‌ಗಳಂತೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಸಲ ಕೊಡುವುದು ಯೋಗ್ಯವೆಂದು ಅನುಭವ ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ಕೊಡುವ ಮೊದಲು ಥಾರ್ನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿರಬೇಕು.

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಕೀವುಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪೊರೆಯೂತವು, ಹಿಂದೆ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಿದ ಕೃತಕ ಎದೆ ಗಾಳಿಯಿಂದ ಉಂಟಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಅದನ್ನು ಬೇಡವಾಗಿ

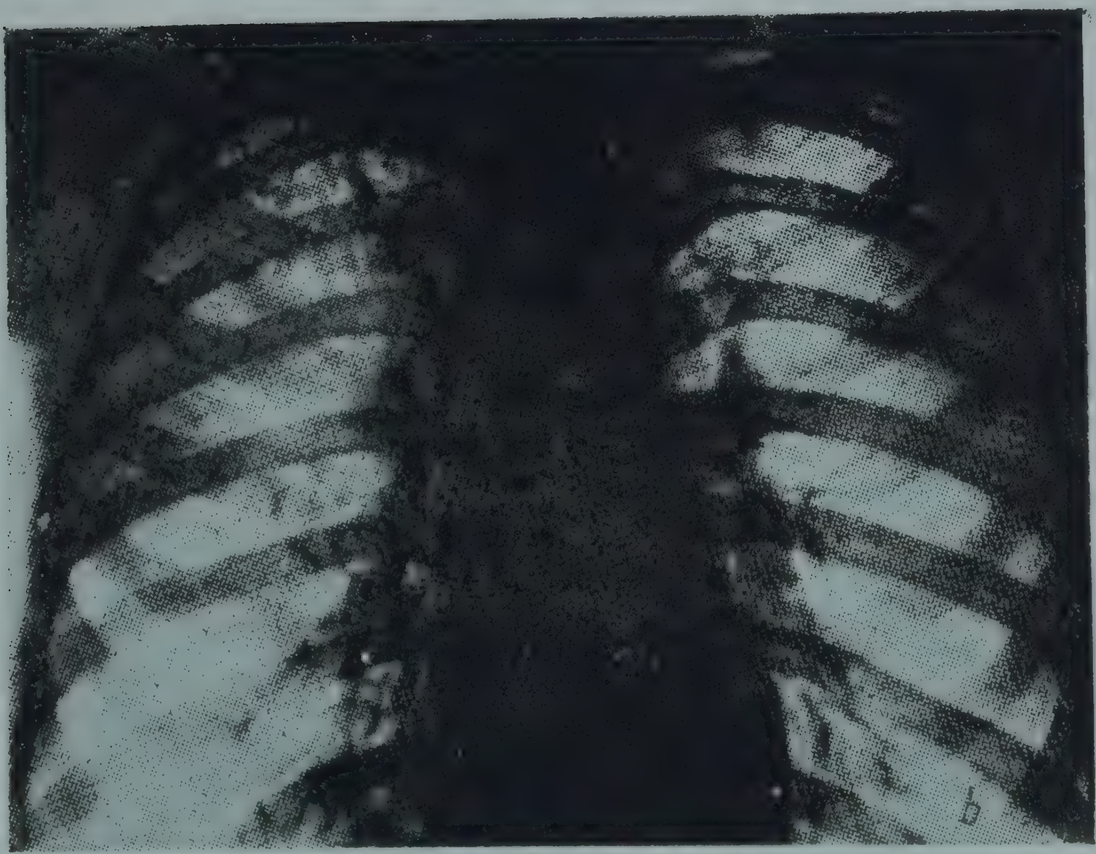
ದ್ದರೂ, ಕೆಲವು ಬಾರಿ ರೋಗಿಯ ಅಪೇಕ್ಷೆಯಂತೆ ಸೇರಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅನೇಕ ವರುಷಗಳ ಕಾಲ ಮುಂದುವರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಲೇಖಕನು ಕೈಕೊಂಡ ಪರಿಶೀಲನೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಸಾರೆ ನಿರಂತರ ಎದೆ ಗಾಳಿಯ (೫ ರಿಂದ ೧೦ ವರುಷಗಳ) ಪ್ರಸಂಗಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಯಿತು. ಅದು ಚಿಪ್ಪಿನಂತೆ ಪುಪ್ಪೊರೆಯನ್ನು ಗಟ್ಟಿ ಮಾಡಿ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮರು ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆಗೆ ಅಡ್ಡಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದ ಬಗ್ಗದ ಎದೆ ಗಾಳಿ ಮತ್ತು ಕೀವುಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪೊರೆಯು ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ– ಕೀವುಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೋಶ.

ಈ ಭಯಾನಕ ತೊಡಕಿನ ತೀವ್ರ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ, ಒಸರಿಕೆಯನ್ನು ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಮತ್ತು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನೆರವು ಪಡೆದು ಹೊರತೆಗೆಯಬಹುದು. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅದು ಒಸರಿಕೆಯನ್ನು ಕೀವಿನಿಂದ ನೀರಾಗಿ ಮಾಡುವುದರಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗುವುದು. ಕೀವು ಕ್ಷಯದಿಂದಲ್ಲದೆ ಇತರ ಕೀವುಜನ್ಯ ರೋಗಾಣುಗಳ ಫಲವಾಗಿ ಉಂಟಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಿಂದ ಕೀವನ್ನು ಹೊರಕ್ಕೆಳೆದು ತೆಗೆದರೆ, ಅದು ಪುಪ್ಪುಸವು ಹಿಗ್ಗಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆಯು ಹೀರಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಪುಪ್ಪೊರೆಯು ತುಂಬಾ ದಪ್ಪನಾಗಿ ಗಟ್ಟಿಯಾದಾಗ, ಎದೆ ಚಿತ್ರವು ಅದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯದುದನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದರೆ, ಮೇಲ್ಕಂಡ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಪ್ರಯೋಜನವಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಹೊರಪದರು ತೆಗೆದು ಪುಪ್ಪೊರೆಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿಹಾಕಿದರೆ, ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತೆ ಹಿಗ್ಗುವುದು ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೀವು ದೂರವಾಗುವುದು. ಈ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ತೀವ್ರತೆರನದಾಗಿದ್ದರೂ ಅದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮುನ್ನಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರಲು ಸಹಾಯಕ. ಯೋಗ್ಯ ತೆರನಾದ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಅವರ ಸ್ಥಿತಿಯು ಚೆನ್ನಾಗಿರುವಾಗಲೇ ಆಯ್ದು ಮಾಡಿದರೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

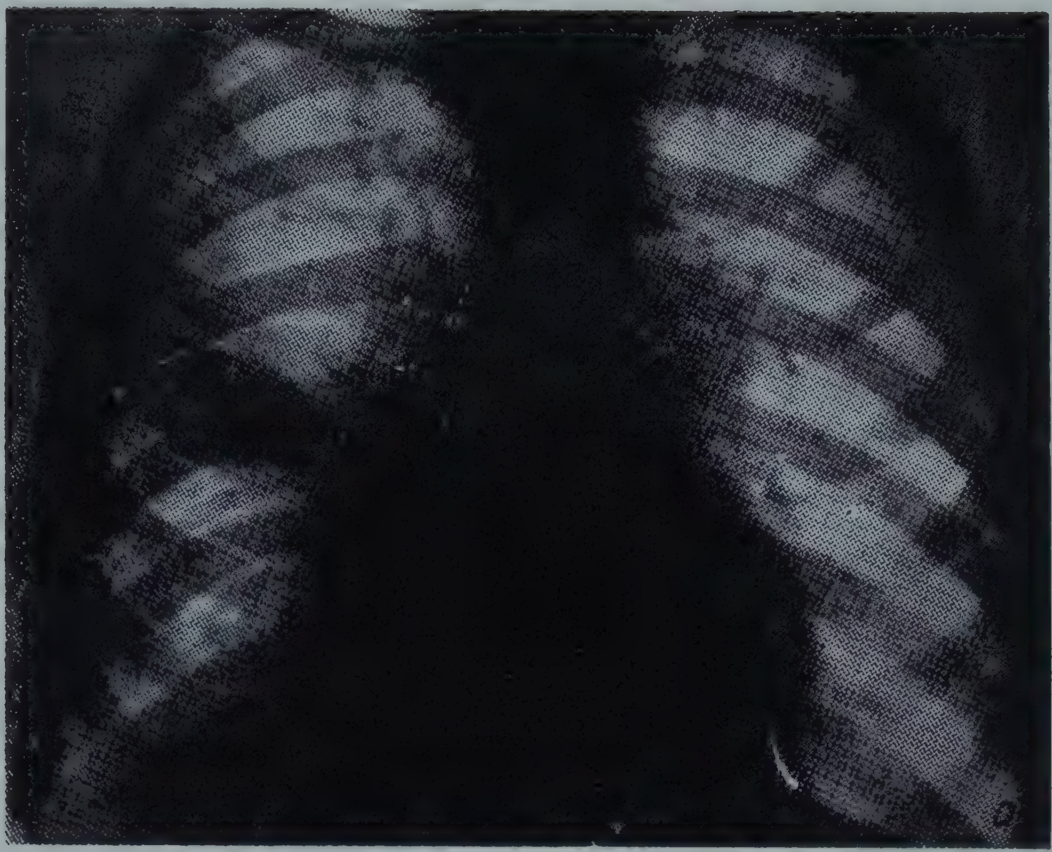
—



ಚಿತ್ರ ೫೨ ಎ : ಬಲ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ–ಒಸರಿಕೆ ತೋರಿಸುವ ಪುಪ್ಪುಸದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ



ಚಿತ್ರ ೫೨ ಬಿ : ಮೂರು ವರುಷಗಳ ನಂತರ ಅದೇ ರೋಗಿಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ.
ಎರಡೂ ಕಡೆಯ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆ



ಚಿತ್ರ ೫೩ ಎ : ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಹಾಲೆಯ ಮಧ್ಯ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ತೋರಿಸುವ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ (ಕದಿರಿನಂತಹ ಛಾಯೆ)



ಚಿತ್ರ ೫೩ ಬಿ : ಅದನ್ನೇ ಪಕ್ಕದಿಂದ ತೆಗೆದಾಗ

ಅಧ್ಯಾಯ ೮

ರೋಗದಿಂದ ಚೇತರಿಸಿದುದರ ನಿರ್ಧಾರ

ಪ್ರಬಲ ಔಷಧಗಳು ಹಾಗೂ ಪೂರಕ ವಿಧಾನಗಳೆರಡರ ಪ್ರಚಲಿತ ಸಂಯೋಜಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿ, ಕ್ಷಯದಿಂದ ನರಳುವ ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳು ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆ ಚೆನ್ನಾಗಿದ್ದು, ಪುಪ್ಪುಸದ ರೋಗಿಷ್ಠ ಭಾಗಕ್ಕೆ ರಕ್ತ ಪೂರೈಕೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದರೆ ಸಂಯೋಜಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯವನ್ನು ತೀವ್ರ ಗುಣಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿಯ ರೂಪವನ್ನು ತಳೆದು ಹರಡಿದ ಕ್ಷಯ ಗುಣ ಹೊಂದುವುದಲ್ಲದೆ, ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಪುಪ್ಪುಸದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಕುಸಿದು ಮುಚ್ಚಲ್ಪಡುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಷ್ಠ ಉಸಿರುನಾಳಗಳು ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ಕೊಳೆತ ಭಾಗಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದಲಾರವು. ಅಂತಹ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವ್ರಣವು ಒಣಗಿ ನಾರಿನಂತಾಗುತ್ತದೆ; ಅದರ ಸುತ್ತ ಭದ್ರ ಕವಚವೊಂದು ನಿರ್ಮಾಣ ಹೊಂದುತ್ತದೆ.

ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ನಿಲುಗಡೆ ಹೊಂದಿದಾಗ ಸಂಜೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಾಯವಾಗುತ್ತವೆ. ಭದ್ರ ಕವಚದೊಳಗಿನ ವ್ರಣದಲ್ಲಿ ಹುದುಗಿದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಅದನ್ನು ಭೇದಿಸಿ ಹೊರಕ್ಕೆ ಬಂದು ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಉಸಿರುನಾಳದಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡಲಾರವು (ಸ್ಥಳೀಯ ಭದ್ರತೆ). ಈ ತೆರನಾದ ಸ್ಥಿತಿಯು ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣ ಹೊಂದಿದುದರ ಸೂಚನೆಯಲ್ಲ. ಅಲ್ಲಿ ವ್ರಣವು ಪ್ರಭಾವಹೀನವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡುಬರಲಾರವು. ರೋಗಿಯು ಬಲಯುತನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಅದರಿಂದಾಗಿ ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಸುತ್ತಲಿನ ಆವರಣಕ್ಕೆ– ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ– ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳಲು ಶಕ್ತನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಮೊದಲಿನ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಮರಳಿ ಹೋಗುವುದು ದುಸ್ತರವಾಗಬಹುದಾದರೂ, ರೋಗಿಗೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲು ವಿಪುಲ ಅವಕಾಶಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯಿದೆ. ಯೋಗ್ಯ ತೆರನಾಗಿ ಸಂಘಟಿಸಿದ ಪುನರ್ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಯೋಜನೆಯು ರೋಗದಿಂದ ಚೇತರಿಸುತ್ತಿರುವ ಅಥವಾ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಚೇತರಿಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಸುಲಭ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನಾಗಲೀ ಇಲ್ಲವೆ ಬೇರೆ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನಾಗಲೀ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲು

ಅವಕಾಶವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಿಂದಾಗಿ ರೋಗಿಯು ಇನ್ನೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದಿಲ್ಲದಿದ್ದರೂ, ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಸಹಾಯದ ಭರವಸೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರಬಲ್ಲ. ಅವರು ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಬಿಟ್ಟುಹೋಗಿರುವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಇನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ರೋಗವು ತನ್ನ ಹಿಂದೆ ಬಿಟ್ಟುಹೋಗಿರುವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳೇನು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ ಮುನ್ನೋಟವೇನು ? ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿ ನೂರಕ್ಕೆ ೨೦ ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತಾರೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ರೋಗವಿದ್ದುದರ ಯಾವ ಕುರುಹೂ ಉಳಿದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅದರ ಕಲೆ ಉಳಿದಿರಬಹುದಷ್ಟೇ. ಅವರಲ್ಲಿ ಯಾವದೇ ತೆರನಾದ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಉಳಿದ ಪುಪ್ಪುಸಭಾಗ ಅಥವಾ ವ್ರಣವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮುಚ್ಚಿ ಕವಚ ಹೊಂದಿದ ಭಾಗಗಳಿದ್ದರೂ ಅಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಯಾವ ಪ್ರಭಾವವೂ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ, ಅಂತಹ ಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಗುಣ ಹೊಂದಿದುದರ ಸೂಚನೆಯೆಂದೇ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಪುಪ್ಪುಸವು ರೋಗದ ಫಲವಾಗಿ ನಾರಿನಂತಾಗಿದ್ದು ವ್ರಣವನ್ನು ಹುದುಗಿಸಿರಬಹುದು. ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ನರಮಂಡಲ, ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿರಬಹುದಾದ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನು ಕೂಲಂಕಷವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕು. ಕಾಲ ಗತಿಸಿದಂತೆ, ರೋಗವು ಗುಣ ಹೊಂದಿದುದನ್ನು ದೃಢವಾಗಿ ಹೇಳಬಹುದಾದರೂ, ಆ ಅವಧಿ ಲೇಖಕನ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಂತೆ, ಎರಡು ವರುಷಗಳಿಗಿಂತ ಮೊದಲಲ್ಲ. ರೋಗಾಣುಗಳು ಮಾಯವಾಗಿ, ಉಷ್ಣತೆಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಇಳಿದು ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯು ಸುಧಾರಿಸಿರಬೇಕು.

ರೋಗಿಯು ಮರಳಿ ತನ್ನ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಹೋಗುವ ಮೊದಲು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಲಭ್ಯವಾದ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಮುಖ್ಯವಾದುದಾಗಿದೆ. ರೋಗವು ಹಿಂದೆ ಬಿಟ್ಟುಹೋದ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸಕನು ಗುರುತಿಸಬೇಕು. ಆ ತೆರನಾದ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬರುವಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ, ರೋಗಾಣುಗಳ ಮಾಯವಾಗುವಿಕೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತಚಿತ್ರ ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರುವಿಕೆ ಸಹಾಯಕವಾಗಿವೆ. ಲೇಖಕನು ತನ್ನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ರಂಗದಲ್ಲಿ, ಅನುಬಂಧ (ಕೊನೆಗೆ) ದಲ್ಲಿ ಕೊಟ್ಟ, ಹಿಂದೆ ಬಿಟ್ಟುಹೋದ ಕುರುಹುಗಳ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಾನೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಕೆಳಗಿನ ಮುಖ್ಯಾಂಶಗಳಿವೆ :

೧. ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣ ಹೊಂದಿ, ಮರಳಿ ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರುವಿಕೆ;

೨. ಕ್ಷ-ಕಿರಣದಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಪರಿಮಿತ ಬದಲಾವಣೆಗಳು. ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ತೋರಿದ ಕಲೆಗಳು ಯಾವುದೇ ತೆರನಾದ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಮರಳಿ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ.

೩. ಗುಣ ಹೊಂದಿದರೂ ಹಿಂದೆ ಒಣಗಿ ನಾರಿನಂತಹ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಹೋಗುವುದು. ಅದರಲ್ಲಿ ವ್ರಣವಿದ್ದ ಸೂಚನೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ವ್ಯತ್ಯಯ. ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಕೆಲಮಟ್ಟಿಗೆ ಹಿಂತಿರುಗುದಿಕೆ.

ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ನಾಲ್ಕನೆಯ ತೆರನಾದ ರೋಗಿಗಳ ಗುಂಪೊಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯವು ಗುಣ ಹೊಂದಿದ್ದರೂ, ಕ್ಷಯದ ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕುರುಹಾಗಿ ಉಳಿದಿರುತ್ತವೆ. ಹಿಂದಕ್ಕೆಳೆಯಲ್ಪಟ್ಟ ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಹಿಗ್ಗಿದ ಉಸಿರುನಾಳಗಳು ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಬಲ ಹೃದಯದ ಮೇಲೆ ಭಾರ ಬಿದ್ದು ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಅವರು ಮರಳಿ ತಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಹೋಗಲು ಶಕ್ತರಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಅವರನ್ನು ನಿಸ್ಸಹಾಯಕರೆಂದೇ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು. ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ರೋಗದ ನಾಲ್ಕೂ ಹಂತಗಳನ್ನು ನೋಡುತ್ತೇವೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣ ಹೊಂದಿದವರಿರುತ್ತಾರೆ. ಕುರುಹು ಬಿಟ್ಟುಹೋದ ರೋಗವು ನಾಲ್ಕನೆಯ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹಿಂಬಾಲಿಸುವಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳಾದ ರೋಗಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಬಳಸಿ ರೋಗದಿಂದ ಚೇತರಿಸಿದುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುವುದು.

ಕೆಳಕಂಡ ವಿಷಯವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ರೋಗದಿಂದ ಗುಣ ಹೊಂದಿದುದನ್ನು ತಿಳಿಸಲಾಗುವುದು.

೧. ಜೀವಾಣುಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಯವಾದುದು

೨. ದೈಹಿಕ ಉಷ್ಣತೆ ಮೊದಲಿನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಬರುವಿಕೆ

೩. ಒಂದೇ ತೆರನಾದ ತೂಕ

೪. ರಕ್ತಚಿತ್ರ ಮೊದಲಿನಂತಾಗುವಿಕೆ (ರ. ತ. ಸೇ. ಮತ್ತು ರಕ್ತ ಚಿತ್ರ)

೫. ಮರಳಿ ಮುನ್ನಾ ಸ್ಥಿತಿಗೆ.

ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕೆಳಗಿನ ಸ್ಥಿತಿಯಿರಬೇಕು :

೧. ಕೆಮ್ಮಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ.

೨. ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದಾಗ ತೋರಿಬರುವ ಉರಿತ ಮತ್ತು ನಾಶದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳ ದೂರಾಗುವಿಕೆ.

೨. ರೋಗದ ಕುರುಹಾಗಿ ತೋರಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಾಯವಾಗುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಪ್ರಭಾವಹೀನತೆ. ಅದನ್ನು ರೋಗಿಯನ್ನು ಕ್ಷ–ಕಿರಣದಿಂದ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು.

ರೋಗಿಯು ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡು ಎದ್ದನೆಂದಾಕ್ಷಣ ಅವನ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕೆಂದು ಅರ್ಥವಲ್ಲ. ಅವನು ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿ ಮೂರನೇ ಗುಂಪಿನ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳ ಪಟ್ಟಿಗೆ ಸೇರಿಸಬಹುದು. ರೋಗದಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿಮುಕ್ತನಾದ ಮೇಲೆಯೇ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪಟ್ಟಿಯಿಂದ ತೆಗೆದುಹಾಕಬಹುದು.

ಆ ತೆರನಾಗಿ ವಿಮುಕ್ತಿಗೊಳಿಸಿದ ಮೇಲೆ, ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡು ಎದ್ದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಉದ್ಯೋಗ ಮತ್ತು ದಿನದಲ್ಲಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಅನುಕೂಲವಾಗಿದ್ದರೆ ವಿರಾಮದ ದಿನಗಳನ್ನು ಮನೆಯ ಹೊರಗೆ ಕಳೆಯಬೇಕು.

ಅವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಜೀವನ, ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಪಾಠಗಳನ್ನು ತ್ಯಜಿಸುವುದು, ಮದ್ಯಪಾನ ಮತ್ತು ಧೂಮಪಾನಗಳಿಂದ ರೋಗವು ಮರುಕಳಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರಮೇಯಗಳಿವೆ.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೯

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯುವನ್ನು ಹೋಲುವ ಇತರ ರೋಗಗಳು

ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯುವನ್ನು ಹೋಲುವ ಇತರ ರೋಗಗಳು ರೋಗ ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಕಷ್ಟವನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡುತ್ತವೆ.

ಅಂತಹ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಯೌವನಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಆಗ ಅಂಗದ ಪರಿಮಿತ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹುದುಗಿದ ವ್ರಣದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಹಾಲ್ರಸ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸುವಾಗ ತೊಂದರೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯದ ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಟು, ತಂತಾನೆ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಬೆಳೆದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಾರ್ಕಾಯ್ಡ್ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಕರವಾಗಬಹುದು.

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಕಫದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಾರದಿದ್ದಾಗ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯ ಕಾರಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಕರ. ಹೆಚ್ಚು ಮುತು ವರ್ಜಿಯಿಂದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ನೋಡುತ್ತಿರುವಾಗ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತರ ದೊರೆಯಬಹುದು. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಲಾಫ್ಲರ್‌ರ ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು. ಇದು ಗೋಚರಿಸಲು ಅನೇಕ ದಿನಗಳಾಗುತ್ತವೆ.

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ಕೆಲವು ರೂಪಗಳು ಮತ್ತು ಅರ್ಬುದ ರೋಗದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಕರ. ಕ್ಷಯಗಂಟು, ದುಂಡಾಗಿರುವ ಪರಿಧಿಯ ಅರ್ಬುದ ರೋಗ, ಹರಡಿದ ಮತ್ತು ಟೊಳ್ಳಾದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಅರ್ಬುದ ರೋಗಗಳನ್ನು ಉದಾಹರಿಸಬಹುದು. ಇಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಜಾಗರೂಕತೆಯ ವಿಧಾನ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಸುದೀರ್ಘವಾಗಿ ಚರಿತ್ರೆಯನ್ನು ಕೇಳಿ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಲ್ಲದೆ, ಕಂಡುಬರುವ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಬರೆದುಕೊಂಡ ವಿವರಗಳೊಂದಿಗೆ ತಾಳೆ ಹಾಕಬೇಕು. ಎದೆಯ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ, ದೈಹಿಕ ಗೋಚರ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಗಶಾಲೆಯ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ವಿಧಾನಗಳು (ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ, ಉಸಿರುನಾಳ ದರ್ಶನ ಮತ್ತು ಉಸಿರುನಾಳ ಚಿತ್ರಣ, ಕಫದಲ್ಲಿ ಜೀವಾಣುಗಳು ಮತ್ತು ಏಡಿಗಂತಿಯ ಕಣ

ಗಳ ಇರುವಿಕೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಹಾಗೂ ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಪ್ರದೇಶದ ಸ್ವಲ್ಪ ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವಿಕೆ) ಯೋಗ್ಯ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ. ಇತರ ರೋಗಗಳು ಇಲ್ಲದಿರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ಅನ್ಯ ಗೋಚರ ಚಿಹ್ನೆಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳಂತಹ ಯೋಗ್ಯ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದಾಗ ಕಂಡುಬರಬಹುದಾದ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಶಿರೋಬರಹಗಳಲ್ಲಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸೋಣ.

೧. ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹರಡಿದ ವ್ರಣಗಳು

೨. ತಿರುಳು ಗಟ್ಟಿಯಾಗುವಿಕೆ

೩. ತಿರುಳು ಮೃದುವಾಗುವಿಕೆ

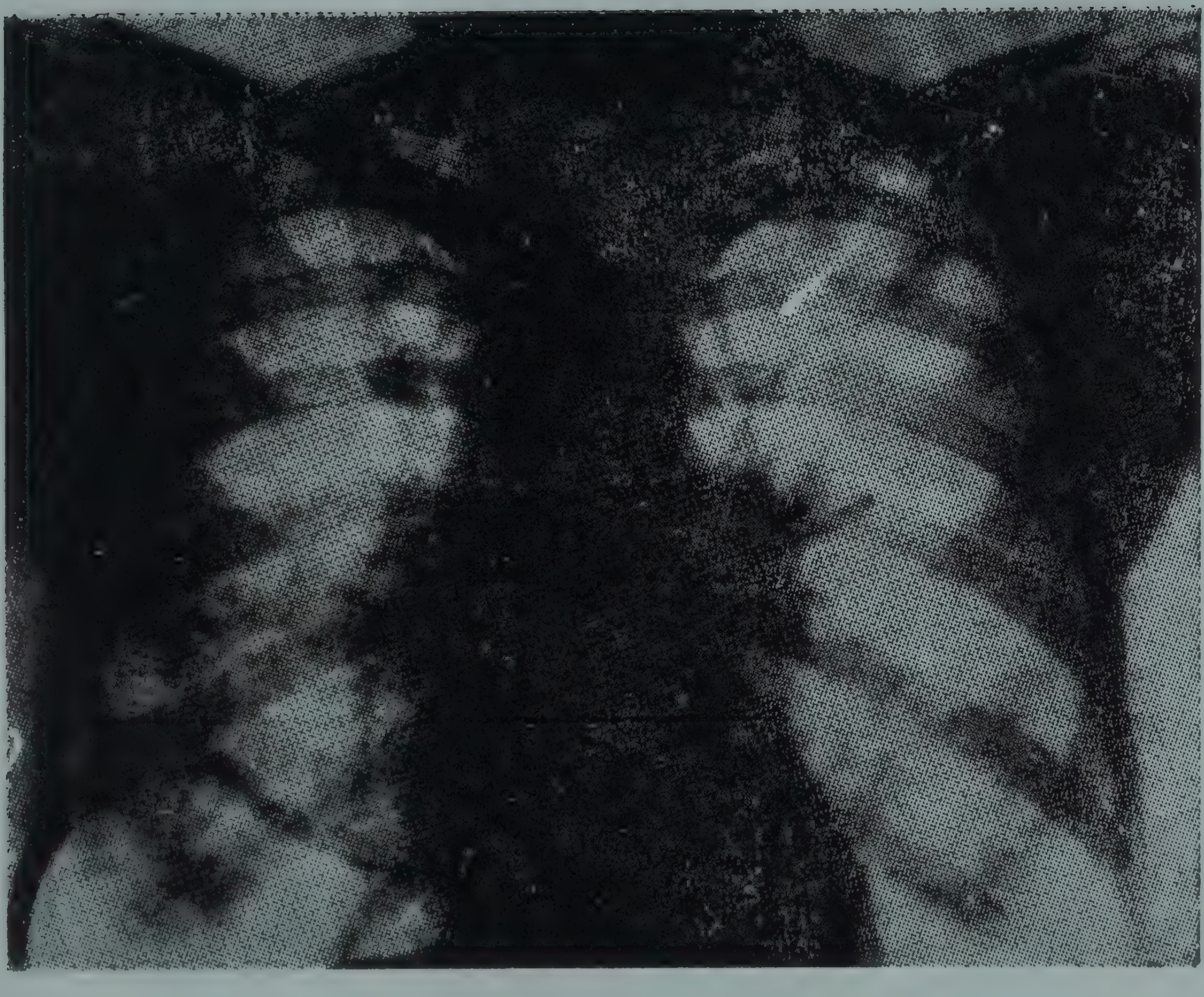
೪. ಉಸಿರುನಾಳದ ವ್ರಣಗಳು

೫. ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿನ ರೋಗಗಳು

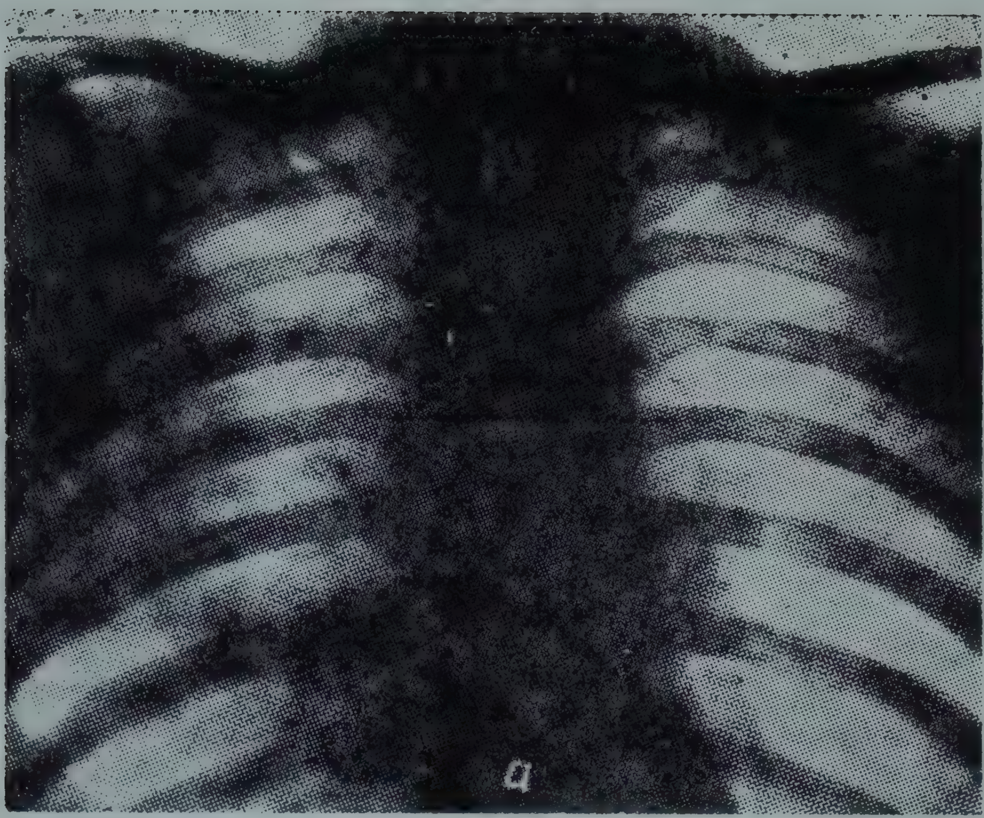
೬. ಪರಾವಲಂಬಿ ರೋಗಗಳು.

ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹರಡಿದ ವ್ರಣಗಳು

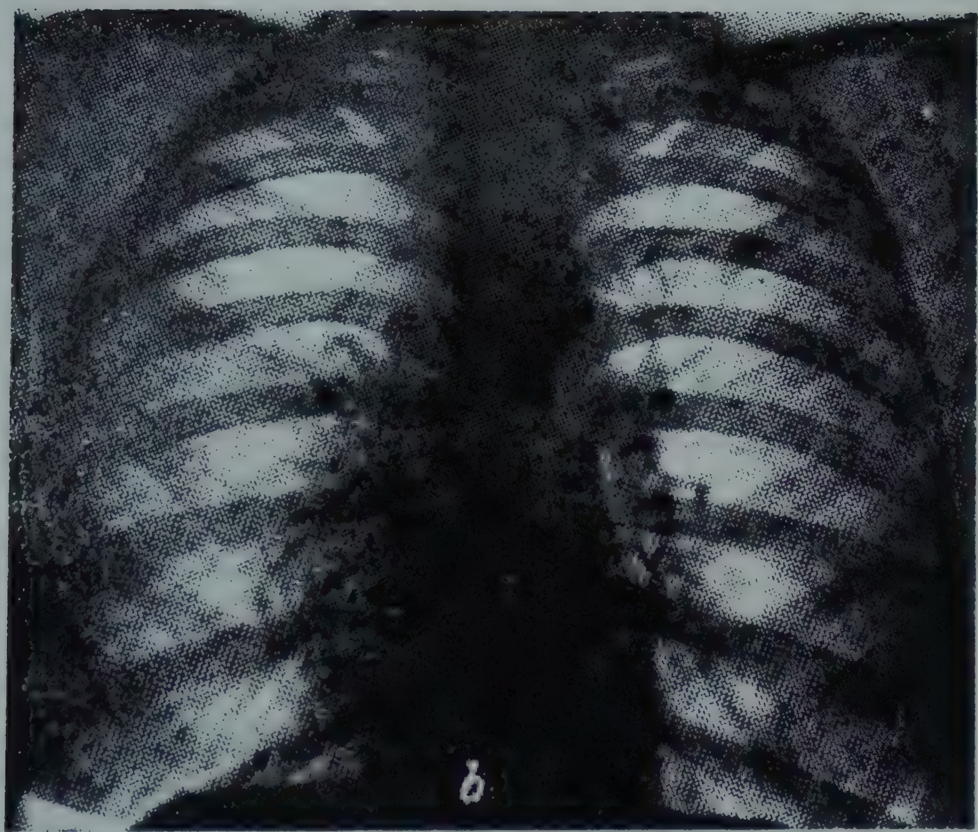
ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹರಡಿದ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ತೀವ್ರತರ ರೂಪಗಳು, ದೀರ್ಘ ಅವಧಿಯ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಮುಚ್ಚಿ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಬೇಕು. ಸಾವೆ ಕ್ಷಯದ ನಿದಾನ ಕ್ರಮ ಯಾವ ತೊಂದರೆಯನ್ನೂ ಕೊಡುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೋಗದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ತುಂಬಾ ತೀವ್ರವಾಗಿದ್ದು, ಉಷ್ಣತೆಯು ೪೦° ಸೆಂ. ನಷ್ಟು ಏರುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಉಬ್ಬಸ ಮತ್ತು ನೀಲಿ ಛಾಯೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಚೆನ್ನಾಗಿ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರವು ಇಡೀ ಪುಪ್ಪುಸದ ತುಂಬಾ ಅತ್ಯಂತ ಕಿರಿದಾದ ವ್ರಣಗಳು ಹರಡಿರುವುದನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತವೆ. ಅವು ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣವೂ ಮತ್ತು ಉಸಿರ್ನಾಳ-ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿತದಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡವೂ ಆಗಿ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಈ ತೆರನಾಗಿ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಹರಡಿದ ವ್ರಣಗಳು, ಮಂಜಿನ ಹನಿಗಳಂತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಅಂತಹದೇ ಚಿತ್ರವು ಸಾವೆಯಂತೆ ಹರಡಿದ ಆರ್ಬುದ ರೋಗದಲ್ಲೂ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಜ್ವರವು ಅಷ್ಟಾಗಿ ತೋರಿಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಉಬ್ಬಸವಿದ್ದರೂ, ದೈಹಿಕ ಉಷ್ಣತೆಯು ಕಡಿಮೆಯಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯವಿದ್ದ ಯಾವ ಚರಿತ್ರೆಯ ಅಂಶಗಳೂ ಇರುವುದಿಲ್ಲ (ಮನೆತನದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೆ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಹಿಂದಿನ ಇತಿಹಾಸ). ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯವು, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯ ಮೂಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಬಹು



ಚಿತ್ರ ೫೪ : ಕ್ಷಯ–ಸಿಲಿಕ ಬೇನೆ



ಚಿತ್ರ ೫೫ ಎ : ಕೆಂದುಕಣ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ (ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಸರಾಸರಿ ಸಂಖ್ಯೆ ೨೨)



ಚಿತ್ರ ೫೫ ಬಿ : ಆರು ದಿನಗಳ ನಂತರ ಅದೇ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ, ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದಿಂದಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೀರಲ್ಪಟ್ಟಿವೆ.

ದಾಗಿದೆ. ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಎದೆಯ ಗೂಡಿನಲ್ಲಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು. ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಕ್ಷಯುದ ವ್ರಣ, ಅದರಲ್ಲೂ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡದ್ದು, ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಜೀವಾಣುಗಳ ಸೇರಿಕೆ ಮತ್ತು ಹರಡಿಕೆಗೆ ಕಾರಣೀಭೂತವಾಗಬಹುದು. ಹೀಗೆ ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಸುರಳಿನಾಳದ ಉರಿತದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದ ನಂತರ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯುವು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿದುದನ್ನು ನಾವು ನೋಡಿದ್ದೇವೆ.

ಸಾವೆ ಕ್ಷಯುದ ಶತಾಂಶ ೪೦ ರಲ್ಲಿ ಮೆದುಳ ಪೊರೆ– ಅದರಲ್ಲೂ ಅದರ ತಳ ಭಾಗ– ಯಲ್ಲಿ ಉರಿತವು ಗೋಚರಿಸುವುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿದ ಅರ್ಬುದ ರೋಗವು ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲಕ್ಕೆ ಕ್ವಚಿತವಾಗಿ ಹರಡುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ರೋಗ ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಬಹು ಮುಖ್ಯ. ಸಾವೆ ಕ್ಷಯುದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ಅದರಲ್ಲೂ ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಇಳಿತರವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ, ಸಾವೆ ಕ್ಷಯುದಲ್ಲಿ ತೋರುವ ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ದೂರ ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಎದೆಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ವ್ರಣಗಳು ಹೀರಲ್ಪಟ್ಟು ಒಂದೆರಡು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಯವಾಗುತ್ತವೆ. ಇಂತಹ ಪ್ರಸಂಗಗಳು ಏಡಿಗಂತಿಯ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ.

ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಹರಡಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ, ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಕ್ಷಯುದ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲದೆ ಇತರ ಸಾವೆಯ ಹಂತ ತೋರಿಸುವ ಬೋಯೆಕ್‌ರ ಸಾರ್ಕಾಯಿಡ್ ರೋಗವನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಲಕ್ಷವನ್ನು ಕೊಟ್ಟಾಗ, ರೋಗದ ಉದ್ಭವ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಗಳಿದ್ದಾಗ ಸಾವೆಯಂತೆ ಅದು ರೂಪುಗೊಳ್ಳುವ ಮೊದಲು ಜಾಳಿಗೆಯಂತೆ ಹರಡಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಎದೆ ಚಿತ್ರವು ಎದೆಯ ನಾಭಿಯಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ದೊಡ್ಡದಾದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಬೊಯೆಕ್ ಸಾರ್ಕಾಯಿಡ್ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚರ್ಮಪರೀಕ್ಷೆಯು ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಉತ್ತರವನ್ನು ನೀಡುವುದು.

ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಹರಡಿದ ಇತರ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸಗಳಲ್ಲಿ ಧೂಳಿನಿಂದ ಏಳುವ ರೋಗಗಳು (ಪುಪ್ಪುಸ ಧೂಳು ಬೇನೆಗಳು) ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯನಾದುದು ಸಿಲಿಕ ಬೇನೆ. ಅದು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಕ್ಷಯುದ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿಯೇ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಅದು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿದ ಚಿಕ್ಕ ಚಿಕ್ಕ ವ್ರಣಗಳಂತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅದು ಕ್ಷಯುವನ್ನು ಹೋಲುತ್ತದೆ. ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಅಂತಹುದೇ ಚಿತ್ರ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ಕೊಲಾಜೆನ್ ನಾರು ರೋಗದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಬೆಣಚುಗಲ್ಲಿನ ಸಣ್ಣನೆಯ ಧೂಳಿನ ಸೇರಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ, ಒಣಗಿ

ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿ ಕ್ಷಯದ ತಂತುಗೂಡಿಕೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ಅದರ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ಹೋಲುತ್ತದೆ. ದೀರ್ಘವಾದ ಚರಿತ್ರೆಯನ್ನು (ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಧೂಳಿನ ಸೇರಿಕೆ) ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಬಹು ಮುಖ್ಯ. ಸಿಲಕ ಬೇನೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯ ಇವೆರಡೂ ರೋಗಗಳು ಒಟ್ಟಾಗಿ ತೋರಿಬರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಮಹತ್ವದ್ದಾಗಿದೆ (ಚಿತ್ರ ೫೪). ಏಕೆಂದರೆ ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮುನ್ನೋಟ ಭೀಕರವಾಗಿದೆ.

ವೈದ್ಯರು ಕೆಲವು ಅಪರೂಪದ ಬಾಹಿಲೆಗಳಾದ ಕಬ್ಬಿಣಜಾಲ ರೋಗ, ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಗಂಟು ಮತ್ತಿತರ ರೋಗಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಲ್ಲವರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

ಪುಪ್ಪುಸದ ತಿರುಳು ಗಟ್ಟಿಯಾಗುವಿಕೆ

ಪುಪ್ಪುಸದ ತಿರುಳು ಗಟ್ಟಿಯಾಗುವ ಅನೇಕ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿನ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವು, ಅಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಅಂಗರಚನೆಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಸುವ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ.

ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿರುವುದು ಮೃದು ಛಾಯೆಗಳಂತೆ, ಪರಿಮಿತ ಗಂಟಿನಂತೆ ಇಲ್ಲವೆ ಜೋಳದ ಕಾಳಿನಿಂದ ಅಡಿಕೆ ಗಾತ್ರದ ವರೆಗೆ ಆಕೃತಿ ಹೊಂದಿರುವ ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣದಂತೆ ಕಂಡುಬರುವುದು. ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ದುಂಡನೆಯ ದೊಡ್ಡ ದೊಡ್ಡ ಛಾಯೆಗಳು (೧ ರಿಂದ ೫ ಸೆಂ. ಮೀ. ವ್ಯಾಸದ) ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿಯೂತದ ವ್ರಣಗಳು, ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು ಹಾಗೂ ನಾರೆಳೆಯ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಆ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ನಾರೆಳೆಯ ಪೊಳ್ಳು ಕ್ಷಯರೂಪದಲ್ಲಿ ಛಾಯೆಯ ಆಕೃತಿಯನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಅಂತಹದೇ ಛಾಯೆಗಳನ್ನು ಸುತ್ತಣ ಪುಪ್ಪುಸದ ಏಡಿಗಂತಿ, ಮೃದ್ವಸ್ಥಿ–ಸ್ನಾಯುಗಂಟು, ನಾರುಗಂಟು ಮತ್ತು ಗುಳ್ಳೆಗಳು ತೋರಿಸುತ್ತವೆ.

ಒಂದೆರಡು ಗೊಂಚಲುಗಳು ಅಥವಾ ಹಾಲೆಯೊಂದರಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ವಿಸ್ತೃತ ಗಟ್ಟಿಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ, ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯವಲ್ಲದ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅವುಗಳ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸದಿರುವಂತಿಲ್ಲ.

ಕ್ಷಯದಿಂದ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ರೋಗಿಯ ಮನೆತನದ ಇತಿಹಾಸವನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸಬೇಕು. ಅವರು ರೋಗಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗಿರುವುದು ಮತ್ತು ಪುನಃ ಸೋಂಕು ಹೊಂದುವುದನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಬೇಕು. ಅದರ ಉತ್ತರವು ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಿಂದ ರೋಗಿಯನ್ನು ಹಿಂಬಾಲಿಸುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳ ತೀವ್ರತರ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಗಟ್ಟಿ

ಗೊಂಡ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣಗಳು ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸದೆ ನಿಶ್ಚಲವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವು ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅದರ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ.

ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ ಮುಖ್ಯ ವಾದುದು. ಅಲ್ಲಿ ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ಹರಡಿಕೆಯ ಛಾಯೆಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಬಿಳ್ಕಣಗಳ ಏರಿಕೆಯಿಲ್ಲದೆ ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ಲಾಫ್ಲರರ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣವೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಒಗ್ಗದಿರು ವಿಕೆಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಂತೆ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೫೫ ಎ ಮತ್ತು ೫೫ ಬಿ).

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯಂತೆ ತೋರಿಬರುವ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಛಾಯೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದೆ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತವೆ. ಜ್ವರ, ಸುಸ್ತು ತೋರಿ ಬರುತ್ತವೆ. ಅವು ರೋಗಿಯ ಗಮನಕ್ಕೂ ಬರದಿರಬಹುದು. ಎದೆದರ್ಶಕದಿಂದ ಆಲಿಸಿದಾಗ ಏನೂ ಕೇಳಿಬರದಿರಬಹುದು; ಕೆಲವು ಬಾರಿ ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬರಬಹುದು. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೆಳಗೆ ವ್ರಣವಿದ್ದರೆ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೆರೆತದ ಶಬ್ದ ಕೇಳಿಬರುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಂತಹ ಹರಡಿಕೆಗಳು ಕೆಲವು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ (ಎರಡು ವಾರಗಳೊಳಗೆ) ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಯಾವ ಕುರುಹನ್ನೂ ಬಿಡದೆ ಮಾಯವಾಗು ತ್ತವೆ. ಇದು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಲಕ್ಷಣದಿಂದ ಭಿನ್ನವಾದುದಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ಮೇಲೂ ಅದರ ಕುರುಹುಗಳು ಉಳಿದಿರುತ್ತವೆ (ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಪ್ರದೇಶ, ಕೋಶಪ್ರದೇಶ ಅಥವಾ ಗಂಟು). ಇದು ಸಮಕಾಲೀನ ಬಳಕೆಯ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತದೆ.

ಪೊರೆಯ ಮತ್ತು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುರಿತದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಕರ. ತೀವ್ರತರ ಪ್ರಾರಂಭ, ಏರಿದ ಜ್ವರ (೩೯ ರಿಂದ ೪೦° ಸೆಂ.), ಎದೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರತರ ನೋವು, ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು, ಬಿಳ್ಕಣಗಳ ಏರಿಕೆ (೨೦,೦೦೦ ರಿಂದ ೩೦,೦೦೦) ಇವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಲ್ಲದ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಅದರ ಮುನ್ನಡೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತರ ಹುದುಗಿದೆ. ಕ್ಷಯದ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತವು ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಮತ್ತು ಸಲ್ಫಾನೇಮೈಡ್‌ಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯುವುದಿಲ್ಲ. ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಔಷಧಿಗಳು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಭಾವಯುತವಾಗಿದ್ದರೂ, ಅವುಗಳ ಪರಿಣಾಮ ತುಂಬಾ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಗೋಚರಿ ಸುತ್ತದೆ. ತೀವ್ರವಲ್ಲದ ರೋಗದಲ್ಲಿ, ಅವೆಲ್ಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ.

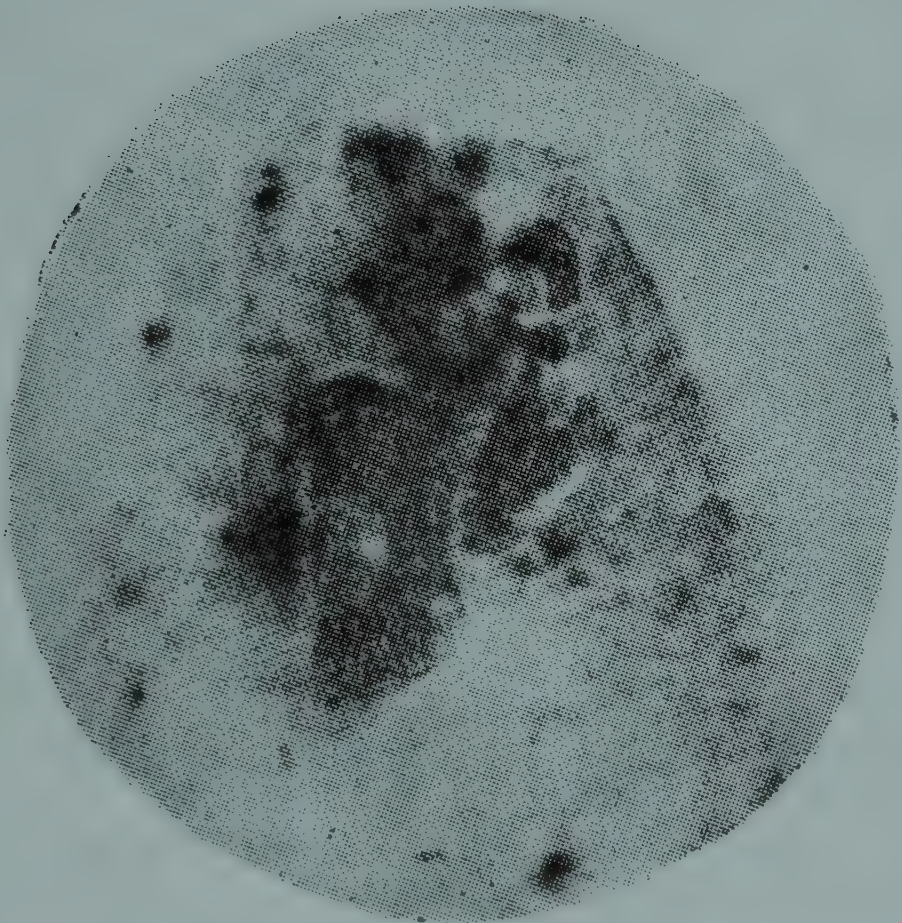
ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ಮತ್ತು ಏಡಿಗಂತಿಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸು

ವುದು ಕಷ್ಟಕರವಾಗುತ್ತದೆ. ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಏಡಿಗಂತಿಯು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಸಿಗುತ್ತಿದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗದ ಹರಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಏಡಿಗಂತಿ ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಛಾಯೆಗಳು ಒಂದನ್ನೊಂದು ಹೋಲುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ತೆರನಾಗಿವೆ. ನೋವು ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಕೆಮ್ಮು ಇವುಗಳು ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿರುವ ಏಡಿಗಂತಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣಗಳಾಗಿವೆ. ಹೆಚ್ಚು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಫವು ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಬೆಳೆದ ಏಡಿಗಂತಿ ರೋಗದಲ್ಲಿ, ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಇಳಿದಿರುತ್ತದೆ. ರ. ತ. ಸೇ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ (೩೦ ರಿಂದ ೫೦ ಮಿ. ಮೀ. ಘಂಟೆಗೆ) ಏಡಿಗಂತಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ರಕ್ತ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ, ಬಹು ರೂಪೀ ಕಣಗಳು ಎಡಕ್ಕೂ ಮತ್ತು ಒಂಜೀವ ಕಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಿರುವುದೂ ಕ್ಷಯದ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಏಡಿಗಂತಿಯಲ್ಲಿ ತನ್ಮೂಲಕ ಉಂಟಾದ ರಕ್ತಹೀನತೆಯು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಏಡಿಗಂತಿಯಲ್ಲಿ ನಾಶಗೊಂಡು ಪೊಳ್ಳು ಉಂಟಾಗುವುದು ಅಪರೂಪ. ಆದರೆ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತವು ಅಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಬಹುದು.

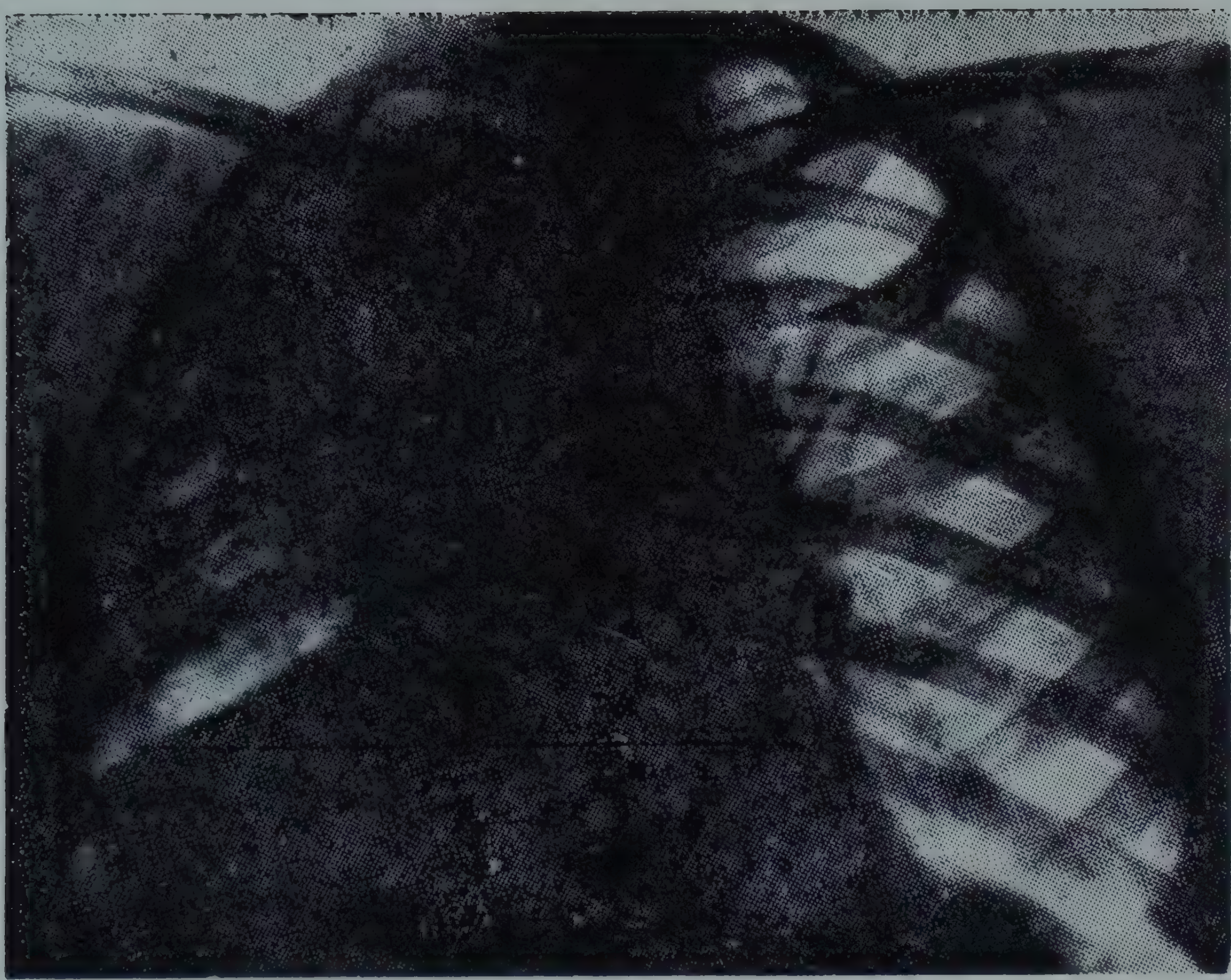
ಕೆಲವು ಏಡಿಗಂತಿ ರೂಪಗಳಲ್ಲಿ (ನಾಭಿಯ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ) ಆಧುನಿಕ ಉಸಿರ್ನಾಳ ದರ್ಶಕವು ರೋಗ ನಿದಾನಕ್ಕೆ ಬಹಳ ಉಪಯುಕ್ತ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಉಸಿರುನಾಳ ಚಿತ್ರವು ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಛಾಯೆಗಳಲ್ಲಿ ತುಂಬಿದ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ವಸ್ತುವಿಗೆ ತಡೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡಿರುವುದು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿದ್ದರೆ ಅದು ಅನುಮಾನವನ್ನುಂಟುಮಾಡಬೇಕು. ಅದನ್ನು ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಹೋಗಲಾಡಿಸಬಹುದು.

ಕಫದ ನೇರ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಏಡಿಗಂತಿಯ ಕಣಗಳು ಮತ್ತು ಸೆಲ್ಲೋಯಿಡಿನ್ ತುಂಡರಿಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ರೋಗ ನಿದಾನದಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯ. ಇಲ್ಲಿ ಮಾದರಿಯಲ್ಲದ ಜೀವಕಣಗಳ ಇರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಕೇಂದ್ರಕಗಳು ದ್ವಿಗುಣಗೊಂಡು ವಿಭಾಜಕಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದು ಏಡಿಗಂತಿಯ ಕುರುಹು. ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಿಂದ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದರೆ ಅವುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ (ಎಸ್. ಎ. ಐಸ್ಟೊಮಿನಾ) (ಚಿತ್ರ ೫೬).

ಕೊರಳ ಮೂಳೆಯ ಮೇಲೆ ಇಲ್ಲವೆ ಬಗಲಲ್ಲಿ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯು ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ದಪ್ಪವಾಗಿದ್ದರೆ ಅದರ ಹೀರಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ಕಣಗಳು ಅಥವಾ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದ ಭಾಗಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ರೋಗಗಳನ್ನು ತ್ಯಜಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಸಹಾಯಕವಾಗುವುದು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ, ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಟು, ಸಾರ್ಕಾಯಿಡ್ ರೋಗಗಳು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಪುಪ್ಪುಸ ಕುಸಿತದಿಂದ ಉಂಟಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ. ಜಿಗುಟು ಲೋಳೆ ಅಥವಾ ರಕ್ತಕರಣೆಯಿಂದ ಉಸಿರ್ನಾಳದಲ್ಲಿ ತಡೆಯುಂಟಾಗಬಹುದು. ಅವುಗಳನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದ ಮೇಲೆ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯು ಮಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ಉಸಿರ್ನಾಳ



ಚಿತ್ರ ೫೬ : ಕಫದಲ್ಲಿ ಏಡಿಗಂತಿಯ ಕಣಗಳು (ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ನೇರ ಲೇಪ,
ಎಫ್. ಎ. ಇಸ್ಟೋಮಿನಾ)



ಚಿತ್ರ ೫೭ : ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿರುವ ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಕುಸಿತ (ಪುಪ್ಪುಸದ ಏಡಿಗಂತಿ)

ದಿಂದ ಹೊರಕ್ಕೆ ಎಳೆಯಬಹುದು. ಕ್ಷಯದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ದೊಡ್ಡವಾಗಿ ಉಸಿರ್ನಾಳವನ್ನು ಒತ್ತಿ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡಿದಾಗ ಬೇರೆ ಚಿತ್ರವೇ ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ, ಯುವಕರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದು ಏಡಿಗಂತಿಯು ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದಾಗಲೂ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೫೭). ಅಲ್ಲಿ ಒತ್ತಿದುದರ ಫಲವಾಗಿ ಉಂಟಾದ ತಡೆಯನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವುದು ಕಷ್ಟ.

ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಸಂಕುಚನದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯತ್ತ ಲಕ್ಷವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ತಲೆಗೆ ತಾಗಿದ ಪೆಟ್ಟುಗಳು ಮತ್ತು ನರ ಪರಾವರ್ತನೆಯಿಂದ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯು ಬೆಳೆಯಬಹುದು.

ಪುಪ್ಪುಸ ಮೆತ್ತಗಾಗುವಿಕೆ, ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ವ್ರಣಗಳು

ಪುಪ್ಪುಸದ ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸವು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಮೃದುವಾಗುವುದು (ಮೆತ್ತಗಾಗುವುದು). ಅದು ತಂತಾನೆಯಾಗಬಲ್ಲದು. ಹಾಗೂ ಒಂದು ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದ ಮೇಲೆ ಮತ್ತೊಂದರಲ್ಲಿನ ಸಮತೋಲನಕ್ಕೆ ಆ ರೀತಿಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಬಲ್ಲದು. ಇಲ್ಲಿ ನಾವು ಪುಪ್ಪುಸದ ಪೊಳ್ಳನ್ನು ಹೋಲುವ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತೇವೆ. ತನ್ನದೇ ಆದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿಯುವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲದೆ, ಕ್ಷಯದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿ ತಮ್ಮ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಏಡಿಗಂತಿಯಿಂದ ಉಂಟಾದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಮತ್ತು ಉಸಿರ್ನಾಳ ಹೀಚುವಿಕೆಯಿಂದ ಉಂಟಾದ ಪೊಳ್ಳುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಎರಡನೆಯ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ, ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿ, ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ, ಹೆಚ್ಚುಗಟ್ಟಲೆ ಕಫ– ಅದೂ ಕೀವಿನಿಂದ ಕೂಡಿದುದು– ಹೊರತಂದು ರೋಗ ನಿದಾನದಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಪುಪ್ಪುಸದ ಕೀವುಗಂಟುಗಳಲ್ಲಿ ಸಹ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ರಚನೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿನ ಪ್ರದೇಶವು ನಾಶಗೊಂಡು ಕಿತ್ತುಬರುತ್ತದೆ (ಬಾಯಿ ತುಂಬಾ ಕಫ ಬರುತ್ತದೆ). ಆ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುಗಟ್ಟಲೆ ಕೀವಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ಕಫ ಮತ್ತು ಜ್ವರ, ಚಳಿ ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು. ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಏಳುವ ಕಿರಣಣ ಬೇನೆ (ಆಕ್ಟಿನೋಮೈಕೋಸಿಸ್) ಮತ್ತು ಇತರ ಅಣಬೆ ರೋಗಗಳಾದ ಕ್ಯಾಂಡಿಡಾ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರಬಹುದು.

ಕಫದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಮೊದಲಿನ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಅಣಬೆಯ ಎಳೆಗಳು ಮತ್ತು ತುದಿಗಂಟುಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಬಿಳಿಯ ಕಾಂತಿಕ (ಕ್ಯಾಂಡಿಡಾ) ಅಣಬೆ ಎರಡನೆಯ

ರೋಗದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದು ರೋಗ ನಿರ್ಧಾರದಲ್ಲಿ ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತವೆ. ರಕ್ತರಸದ ಪರೀಕ್ಷೆಯೂ ಅದಕ್ಕೆ ಸಹಾಯಕ.

ಚರ್ಮದ ಗುಳ್ಳೆಯಂತೆ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ತುಂಬಿಕೊಂಡಿರಬಹುದು. ಅಲ್ಲಿ ಗಾಳಿ ಗುಳ್ಳೆಗಳೂ ಇರಬಹುದು. ಅವು ಗೋಳಾಕಾರವಾಗಿ ತೆಳ್ಳನೆಯ ಪದರು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಒಂದೇ ಆಗಿದ್ದು ೬ ರಿಂದ ೮ ಸೆಂ. ಮೀ. ವ್ಯಾಸವನ್ನು ಹೊಂದಿರಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಹುಟ್ಟಿನಿಂದ ಉಂಟಾದ ಗುಳ್ಳೆಯು ಪುಪ್ಪುಸದಂತೆ ಗುಂಪಾಗಿರಬಹುದು. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಹೀಚುವಿಕೆಯು ಒಸರಿಕೆಯಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ ಗಾಳಿ ಗುಳ್ಳೆಗಳನ್ನು ಹೋಲಬಹುದು.

ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬಲೂನಿನಂತಹ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಬಲೂನಿನಂತಹ ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯನ್ನು ಹೋಲುತ್ತ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನವೀಯಬೇಕು. ಅಂತಹ ದೋಷಗಳು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಪೊಳ್ಳಿನ ಪದರು ವಾಸಿಯಾದ ಮೇಲೂ ಉಳಿದಿರುತ್ತವೆ. ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಪೊಳ್ಳು ಕ್ಷಯಕ್ಕೆ ನಿರಂತರ ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಂಡ ಮೇಲೂ, ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಿವೆ.

ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯ ರೋಗಗಳು ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳು

ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗವುಂಟಾದಾಗ, ಅಲ್ಲಿ ಗಂಟುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವುದು ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಅದು ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಉಬ್ಬುವಿಕೆಯಿಂದ ಉಂಟಾದುದೇ ಎಂಬುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕು. ಅದು ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಕಡೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯ ಗಂಟುಗಳೂ ಒಂದೇ ಕಡೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯ ಅರ್ಬುದ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ಕಡೆ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಹೃದ್ಧಮನಿಯ ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆ, ಅನ್ನನಾಳದ ಹೊರ ಉಬ್ಬುಗಳನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯ ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಬೇರೆ ಬೇರೆ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳಿಂದ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರ ಬಹು ಮುಖ್ಯ.

ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಉರಿತದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳನ್ನು, ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು, ಶ್ವಾಸನಾಳ, ಉಸಿರುನಾಳಗಳು, ಅನ್ನನಾಳ ಮತ್ತಿತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಬಹುದು.

ಬೋಯಕ್‌ನ ರೋಗ

೧೮೯೯ ರಲ್ಲಿ ಬೋಯಕ್ ಮತ್ತು ೧೯೧೪ ರಲ್ಲಿ ಶೂಮನ್ ವರ್ಣಿಸಿದ ಈ ವಿಚಿತ್ರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸದ ವ್ರಣಗಳು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಚರ್ಮ, ಲೋಳ್ಪರೆ, ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು, ಪ್ಲೀಹ, ಯಕೃತ್ತು, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ನರಮಂಡಲ, ಮೂಳೆಯ ತಿರುಳು, ಕಣ್ಣು ಮತ್ತಿತರ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ವ್ರಣದ ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಬಣ್ಣ ಕೊಟ್ಟು, ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದಡಿ ನೋಡಿದರೆ ತುಂಬಾ ಖಚಿತ ವಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಹೊರ್ಪೊರ ಕಣಗಳ ಗಂಟು ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿದ್ದು, ಅದರ ಸುತ್ತ ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ತೆಳ್ಳಗೆ ಸುತ್ತುವರಿದಿರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ರಾಕ್ಷಸ ಕಣಗಳು ಇರಬಹುದು; ಅವು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಇಲ್ಲದಿರ ಬಹುದು. ಈ ವ್ರಣವು ಕ್ಷಯಗಂಟನ್ನು ಹೋಲುತ್ತದಾದರೂ, ಅಲ್ಲಿ ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿತದ ಇಲ್ಲವೆ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗಲೀ ಎಷ್ಟೂ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಕ್ರಿಯೆಯು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ನವಿಜಾಲ ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಮಂಡಲವನ್ನು ತಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗವು ಮೂರು ಹಂತಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ :

I – ನಾಭಿಯಲ್ಲಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ವ್ರಣಗಳು

II – ನವಿಜಾಲ, ಸಾವೆ ಇಲ್ಲವೆ ಮಿಶ್ರಿತ

III – ಎಲ್ಲವೂ ಒತ್ತಾಗಿ ಸೇರಿದ ಮತ್ತು ತಂತುಗೂಡಿಕೆ.

ನಾಭಿಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎರಡೂ ಕಡೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ; ಹಾಲ್ರಸದ ಹರಳುಗಂಟಿನಲ್ಲಿ ನಾಭಿಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಟುಗಳು ಒಂದು ಕಡೆ ಮಾತ್ರ ದೊಡ್ಡದಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಪುಪ್ಪುಸದ ತಿರುಳಿನಲ್ಲಿ ರೋಗ ತೋರಿಬಂದರೆ ಅದು ರೋಗದ ವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸಾರುತ್ತದೆ. ಅದರೂ ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಅದರ ಮುನ್ನೋಟ ಭಯಾನಕವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗದ ಅವಧಿ ತುಂಬಾ ದೀರ್ಘವಾದುದು. ಅದರ ಕಾರಣವಿನ್ನೂ ನಿರ್ಧಾರವಾಗಿಲ್ಲ. ಅದು ಕ್ಷಯದಿಂದ ಬರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಕೆಲವು ಸೂಚನೆಗಳಿವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ನಕಾರಾತ್ಮಕ ವಾಗಿದ್ದರೂ, ಅದು ಯಾವಾಗಲೂ ಹಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ರಸದೂತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಕಾರ್ಟಿ ಸೋನ್, ಪ್ರೆಡ್ನಿಸೋಲೋನ್ ಮುಂತಾದ) ಯು ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವುದು ಮತ್ತೊಂದು ಲಕ್ಷಣ.

ಅದೇ ತೆರನಾಗಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲೂ ನಾಭಿಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ದೊಡ್ಡದಾಗುವುದು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ಹಾಲ್ರಸ ಅರ್ಬುದ ಗಂಟು ಮತ್ತೊಂದು ಮುಖ್ಯ ರೋಗ. ಉಸಿರುನಾಳದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಅರ್ಬುದ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಸಹ, ಮೊದಲು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ, ನಾಭಿಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ದೊಡ್ಡವಾಗುತ್ತವೆ.

ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯವಲ್ಲದ ರೋಗಗಳ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಾಗ, ಅದರಲ್ಲೂ ತೀವ್ರತರ ಅರ್ಬುದ ರೋಗಗಳ ಇರವನ್ನು ತಿಳಿಯಬೇಕಾದಾಗ ಇಂದು ಅಂತಹ ಅರ್ಬುದ ರೋಗದ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಟ್ಟು ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಯಾವ ತಪ್ಪೂ ಉಂಟಾಗದಂತೆ ನೋಡಬೇಕು.

ಪರಾವಲಂಬಿ ರೋಗಗಳು

ಪುಪ್ಪುಸದ ಪರಾವಲಂಬಿ ರೋಗಗಳು ರೋಗ ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕಷ್ಟವನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡುತ್ತವೆ. ತುಂಬಾ ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವ ಹೈಡಾಟಿಡ್ ಗುಳ್ಳೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಸೋನಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅದರ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಕಫ ಮತ್ತು ಜ್ವರ ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಎದೆಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ ಈ ರೋಗದಲ್ಲಿ ವಿಶಿಷ್ಟವಾಗಿದ್ದರೂ, ಅದು ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯ ಸೂಚಕವಲ್ಲ.

ಜಂತುಹುಳುವಿನ ಮರಿಯು ಸಂಚಾರ ಕೈಕೊಂಡಾಗ ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿತವು ಕಂಡುಬರುವ ಪ್ರಮೇಯವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಬೇಕು. ಇಡೀ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತವು ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದು ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಆಗ ಇತರ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಾದ ಚರ್ಮ ಗಾದರೆ ಮತ್ತು ಕೆಂಗಣಗಳ ಏರಿಕೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಜಂತುಹುಳುವಿನ ಮೊಟ್ಟೆಗಳ ಇರುವಿಕೆಗಾಗಿ ಮಲ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು.

ಪುಪ್ಪುಸದ ಎರಡುಬಾಯಿ ಹುಳುವಿನಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಚಿಕ್ಕ ಚಿಕ್ಕ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಹರಡಿಕೆಯಂತೆ ಕಾಣಿಸುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದಾಗ ಆ ಪರಾವಲಂಬಿಯ ವಿಶಿಷ್ಟ ಮರಿಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇನ್ನೊಂದು ಮುಖ್ಯವಾದ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ಇಂದು ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಮುನ್ನಡೆಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು, ತೀರ ಆಶೆ ಬಿಟ್ಟ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲೂ ಅವರ ಆಯುಷ್ಯವನ್ನು

ಹೆಚ್ಚಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯವಲ್ಲದ ರೋಗಗಳು ಉದಾ : ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಏಡಿಗಂತಿ, ಒಟ್ಟಾಗಿ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಈ ಎಲ್ಲ ವಿವೇಚನೆಯು, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ರೋಗಗಳು ನೀಡಬಹುದಾದ ಇತರ ರೋಗಗಳು ಇರಬಹುದಾದ ಪ್ರಮೇಯಗಳನ್ನು ಸಾಕುಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ರೋಗಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತಿತರ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಮಾರ್ಗದ ಅರಿವನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಡಬಲ್ಲದಾಗಿದೆ. ಅದರಿಂದ ಪುಪ್ಪುಸದ ರೋಗಗಳು ನೀಡುವ ನಿದಾನ ಕ್ರಮದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರವನ್ನು ದೊರಕಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ ೧೦

ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ

ದನಿ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಕ್ಷಯ

ತೀರ ಈಚಿನ ವರೆಗೂ, ದನಿ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಕ್ಷಯವು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ದುರಂತ ಚಿತ್ರದ ಕೊನೆಯಾಗಿದ್ದಿತು. ಶತಾಂಶ ೨೦ ರಿಂದ ೨೫ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ವ್ರಣವನ್ನು ನೋಡಲಾಗುತ್ತಿದ್ದಿತು. ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಇಂದು, ಈ ರೋಗವು ಕೇವಲ ಶತಾಂಶ ೪.೧ ರಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ತೋರಿಬರುತ್ತಿದೆ (ಕಾಲ್ಸೆಯ್ಡಿ). ಕಫದ ಮೂಲಕವಾಗಿ ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಲೋಳ್ಪರೆಗೆ ರೋಗವು ಹರಡುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ಅನುಮಾನವೂ ಇಲ್ಲ. ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ, ಎ. ಎನ್. ವಾಜ್ನೆಸೆನ್ಸ್ಕಿಯು ತೋರಿಸಿದಂತೆ, ರೋಗದ ಗತಿ ಮತ್ತು ರೀತಿಯನ್ನು ಹರಡಿಕೆಯ, ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮತ್ತು ಹುಣ್ಣು–ಒಸರಿಕೆಯ ದನಿ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಕ್ಷಯವೆಂದು ನಾವು ವಿಂಗಡಿಸುತ್ತೇವೆ. ನಿಜ ಮತ್ತು ಹುಸಿ ದನಿತಂತುಗಳು, ಹಿಂದಿನ ಪದರು ಮತ್ತು ನಾಲಿಗೆಯ ತಳಹಾದಿಯು ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದುವ ಮುಖ್ಯ ಭಾಗಗಳು (ಚಿತ್ರ ೫೮). ರೋಗ ತೀಕ್ಷ್ಣವಾದಾಗ ಮೃದ್ವಸ್ಥಿಯ ಉರಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.



ಚಿತ್ರ ೫೮ : ಹರಡಿ- ಹುಣ್ಣಾಗಿರುವ ದನಿ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಕ್ಷಯ

ರೋಗಿಯ ಸ್ಥೂಲ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಇತರ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ– ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಲ್ಲಿ ದೀರ್ಘಾವಧಿಯಿರುತ್ತದೆ– ಇರುವ ರೋಗವನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ರೋಗದ ಮುನ್ನಡೆಯು ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಕಣಗಳು ನಾಶಗೊಂಡು ಹುಣ್ಣು ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತದೆ, ಪರಳುಕೋಶದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯೂ ಆಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಸಲ, ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆಯು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿದ್ದು, ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆ ಕಿರಿದುಗೊಂಡ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಇಂದು ಅದು ಅಪರೂಪ.

ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಏಡಿಗಂತಿಯಿಂದ ಈ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಕರವಾಗಬಹುದು. ಆ ವ್ರಣದ ಚೂರನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದರೆ ಉತ್ತರ ದೊರೆಯುವುದು.

ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ವ್ರಣದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಆದಿ ಭಾಗದಲ್ಲಿಯೇ ಅದರ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಬೇಕು. ರೋಗವು ಮೊದಲು ಯಾವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿಲ್ಲದೆ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳ ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯನ್ನು ನೋಡುವುದು ಮುಖ್ಯ. ಯೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕ ಕ್ರಮಗಳಿಂದೊಡಗೂಡಿದ ಮಿತವ್ಯಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು (ಮೌನ) ಈಗ ಕಡಿಮೆ ಅವಧಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು (ಥೈವಿಜೈಡ್, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್) ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳು ಗುಣ ಹೊಂದಲು ನೆರವಾಗುತ್ತದೆ.

ಉಸಿರ್ನಾಳ ಮತ್ತು ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಕ್ಷಯ

ಉಸಿರುನಾಳಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಪರಿಮಿತವಾದ ಕ್ಷಯ ಉಂಟಾಗುವುದು ಅಪರೂಪ. ಅಂತಹ ವ್ರಣವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಎದೆಗೂಡಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಕ್ಷಯದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಉಸಿರುನಾಳಗಳು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಬಲ್ಲವಾಗಿವೆ. ನಾರೆಳೆಯ ಟೊಳ್ಳು ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ, ನಿಜವಾಗಿಯೂ ಉಸಿರುನಾಳದ ಟೊಳ್ಳು ಇದ್ದು, ಅಲ್ಲಿಂದ ಹರಿದುಬರುವ ಉಸಿರುನಾಳದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ (ಎ. ಎ. ಲೆಪಿನಾ).

ಉಸಿರ್ನಾಳ–ಕೀವುಗಾಲುವೆಯ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಇಂದು ನಾವು ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ (ಕೆ. ಎ. ಡೆಲಿ, ಎಫ್. ಷ್ವಾರ್ಟ್ಜ ಮುಂತಾದವರು). ಉಸಿರುನಾಳದ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿರುವ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶಹೊಂದಿದ ವ್ರಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದಾಗ, ಅದು ಉಸಿರುನಾಳದ ಪದರಿನೊಳಕ್ಕೆ ತಗುಲಿಕೊಂಡು, ಒಡೆದು ಅದರೊಳಕ್ಕೆ ವಿಸರ್ಜಿಸಬಹುದು. ಕುತ್ತಿಗೆಯಲ್ಲಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಮೃದುವಾಗಿ ಒಡೆದಾಗ ಇಲ್ಲವೆ ಚರ್ಮಕಾಲುವೆಯು ರಚನೆಯಾದಾಗ ತೋರಿಬರುವಂತೆ, ಕೀವುಗಾಲುವೆಯೊಂದು ನಿರ್ಮಾಣವಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗವು ತೀವ್ರತೆರನಾಗಿದ್ದಾಗ, ಒಡೆತವು ತುಂಬಾ ವಿಸ್ತಾರವಾದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿ, ಹಳ್ಳ ಬಿದ್ದ ಹುಣ್ಣಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದರ್ಶಕವು, ಹುಣ್ಣಿನ ಕೆಳಗಿರುವ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಮೃದ್ವಸ್ಥಿಯನ್ನು ತೋರಿಸಬಹುದು. ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಒಮ್ಮೊಮ್ಮೆ ಗೋಚರಿಸುವ ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಹರಡಿಕೆ– ವ್ರಣದ ರೂಪ ಧರಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ (ಚಿತ್ರ ೫೫).

ಮೊದಲು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ, ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ವ್ರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪುಪ್ಫುಸ ಕ್ಷಯದ– ಅದರಲ್ಲೂ ಅದು ಪೊಳ್ಳಾದಾಗ– ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಉಂಟಾದವುಗಳಾಗಿವೆ. ಆದರೂ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ವ್ರಣವು ಗೋಚರಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಪುಪ್ಫುಸದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗಬಹುದು. ಇಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳನ್ನು ಕೆಲವು ಉಸಿರ್ನಾಳ–ಕೀವುಗಾಲುವೆಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ನೋಡಲಾಗಿದೆ.

ಪೊಳ್ಳು ಇದ್ದಾಗ, ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ವ್ರಣವು, ಅದರ ಲೋಳ್ಪರೆ ಮತ್ತು ಪೊಳ್ಳಿನಲ್ಲಿ ಅಡಕವಾದ ಕೀವು ಪದಾರ್ಥಗಳ ಸದಾ ಸಾಮಿಪ್ಯದಿಂದ ಲಭಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು ಪೊಳ್ಳಿನ ವಿಸ್ತರಣವೇ ಆಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ವಿಪುಲ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ. ಉಸಿರ್ನಾಳದ ಲೋಳ್ಪರೆಯೊಳಕ್ಕೆ ಹರಡಿಕೆಯುಂಟಾಗಿ, ಅಲ್ಲಿ ಒಳಚಾಚಿದ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಅನಂತರ ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮೃದ್ವಸ್ಥಿಯು ನಾಶಹೊಂದುವುದು.

ಉಸಿರ್ನಾಳ ಮತ್ತು ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಬಿಡದ ನಿರಂತರ ಕೆಮ್ಮು ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದ ಸ್ವಾನುಭವ ಲಕ್ಷಣ. ಅದರ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಸಂಕುಚನದ ಮತ್ತು ಇಲ್ಲವೆ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದ ಸ್ರಾವವಾಗಲೀ ಉಂಟಾಗುವುದನ್ನು ನೋಡಬೇಕು. ಪುಪ್ಫುಸ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಉಸಿರುನಾಳದ ಲೋಳ್ಪರೆಯು ತೋರಿಸುವ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣವದು. ಐ. ಪಿ. ಗಾರಾಯಿಕ್ಸ್ ಪ್ರಕಾರ ವ್ರಣಗಳು ಈ ಯಾವುದೇ ರೂಪವನ್ನು ತಳೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ : ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳ ದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಗೋಚರಿಸುವ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಹುಣ್ಣುಗಳು (೪೮%), ಹುಣ್ಣಾಗಿ ಮಾರ್ಗ ಕಿರಿದುಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ (೧೯%), ಕಿರಿದುಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ (೨೩%), ಬೆಳೆದು ತೂತಾಗುವಿಕೆ, ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯಗಂಟು (೧೦%).

ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳದಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ವ್ರಣಗಳು ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ಮೇಲೆ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳವನ್ನು ಕಿರಿದುಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಅದನ್ನು ಉಸಿರುನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ದ್ರವ ಸೇರಿಸಿ ಚಿತ್ರ ತೆಗೆದು ನೋಡಬಹುದು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಮುನ್ನೋಟ— ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ, ಶ್ವಾಸನಾಳ ಮತ್ತು ಉಸಿರುನಾಳದ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳು ಬೇಗ ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಇದು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಬಳಸಿದಾಗಲಂತೂ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ವೇದ್ಯ. ಸ್ಥಳೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಹುಣ್ಣನ್ನು ಅರಳೆಯಿಂದ ತೊಳೆದು, ಅಲ್ಲಿಗೆ ಬೆಳ್ಳಿಯ ನೈಟ್ರೇಟ್ ದ್ರವ (೩೦ ರಿಂದ ೫೦%) ವನ್ನು ಅಥವಾ ಟ್ರೈಕ್ಲೋರ್ ಅಸಿಟಿಕ್ ಆಮ್ಲವನ್ನಾಗಲೀ ಹಚ್ಚಬೇಕು. ಮೂರು ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ ಕವಲುಸಿರ್ನಾಳ

ದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ವಿಕಿರಣ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನೂ ಅಲ್ಲಿ ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಕವಲುಶ್ವಾಸನಾಳದ ಪೊಳ್ಳುಗಳನ್ನು ಔಷಧ ತುಂತುರಿನ ಮೂಲಕ (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್, ಸಾಲುಜೈಡ್, ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್, ಲಾರುಸಾನ್ ಮೊದಲಾದ) ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಆ ತುಂತುರಿಗೆ, ಉಸಿನಾರ್ಳವನ್ನು ಹಿಗ್ಗಿಸುವ ಅಟ್ರೋಪಿನ್, ಪ್ಲಾಟಿಫಿಲ್ಲಿನ್ ಅಥವಾ ಎಫೆಡ್ರಿನ್‌ನ್ನೂ ಸೇರಿಸಬಹುದು. ಅನೇಕ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸನಾಳದ ಮೂಲಕ ಸೇರಿಸಿದ ಔಷಧಗಳು ರೂಢಿಯಲ್ಲಿ ಕೊಡುವ ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸಾ ಔಷಧಗಳೊಡನೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿವೆ.

ಕಿರಿದುಗೊಂಡ ಮುಖ್ಯ ಉಸಿನಾರ್ಳಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರದಿಂದ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು.

ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿನ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ

ಜಠರದ ಕ್ಷಯ ಉಂಟಾಗುವುದು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವಿರುವುದು ೦.೬ ರಿಂದ ೨.೧% ಶವಪರೀಕ್ಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಿದೆ. ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕರುಳಿನ ಕ್ಷಯವು ತುಂಬಾ ಮಾರಕವಾದ ತೊಡಕಾಗಬಹುದು. ಅದು ಈಚಿನ ವರೆಗೂ ತುಂಬಾ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದ್ದಿತು. (ಲೇಖಕನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಂತೆ ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳ ೫೭.೬% ನಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು ೧೯೪೭ ರವು.) ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದ ಮೇಲೆ, ಕರುಳಿನ ಕ್ಷಯ ಉಂಟಾಗುವುದು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಎನ್. ಪಿ. ಕ್ರೈಲೊವಾ (೧೯೫೨) ರು ಮಾಡಿದ ಅಂಗಪರೀಕ್ಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ೨೩.೭% ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಗೋಚರಿಸಿತು. ಮೊದಲು ತಿಳಿಸಿದಂತೆ ಲುಬೆಕ್ ದುರಂತವು ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯ ಉಂಟಾಗುವುದರ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿತು.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದಂತಹ ರೋಗವು ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ ಅಲ್ಲಿನ ಕರುಳುಹಿಡಿಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ತೀವ್ರತರ ವಿಸ್ತೃತ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಕರುಳಿನ ವ್ರಣಗಳು ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದ ಬರಬಹುದಾದುದನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸುವಂತಿಲ್ಲ.

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯವು ಸಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವ ಮತ್ತು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯನ್ನು ಬೆಳೆಸಿ ಕರುಳಿನ ಉರಿತವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಕರುಳಿನ ಚಲನೆಗೆ ವ್ಯತ್ಯಯ ಬಂದು ರೋಗವು ಮತ್ತೆ ಮುಂದುವರಿಯಬಲ್ಲದು.

ವೃದ್ಧಿಗೊಂಡ ಕರುಳಿನ ಕ್ಷಯವು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಬಲ್ಲದು :

೧. ಸಣ್ಣ ಮತ್ತು ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಹರಡಿ ಹುಣ್ಣಾದ ವ್ರಣ

೨. ಹೆಗ್ಗರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದ ಕ್ಷಯ

೩. ಕರುಳು ಹಿಡಿಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯರೂಪದ ಮುಂದುವರಿಕೆ.

ಕರುಳು ಕ್ಷಯವು ಹುಣ್ಣಾದಾಗ ಅಪಚನವುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಕೊನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಅದರ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಮಲಬದ್ಧತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿ ಎ. ಎ., ಮಹಿಳೆ, ವಯಸ್ಸು ೨೯, ೧೯೪೮ ರಲ್ಲಿ ಎಡ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಳು. ಒಂದು ವರುಷದ ನಂತರ, ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯವು ಗೋಚರಿಸಿತು. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಕಂಡುಬರಲಿಲ್ಲ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಹೊಕ್ಕುಳ ಸುತ್ತ ನೋವು ತೋರಿಬಂದಿತು. ಜೊತೆಗೆ ವಾಕರಿಕೆ ಮತ್ತು ಮಲಬದ್ಧತೆ. ದೇಹಾರೋಗ್ಯದ ಇಳಿಮುಖ. ನಾಲಿಗೆ ಹಸಿಯಾಗಿದ್ದು ಪರೆಗಟ್ಟಿಲ್ಲ. ಜಠರವು ಸಾಮಾನ್ಯ ರೂಪ–ರೇಖೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಬಲ ಪಕ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಬಾವು, ಹೆಗ್ಗರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗ ಮತ್ತು ಅದರ ಏರುವ ಭಾಗ ಕೈಗೆ ಹತ್ತುತ್ತವೆ; ಆಗ ನೋವುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತ ಚಿತ್ರ : ರಕ್ತವರ್ಣ ೬೦%, ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ೫,೬೦೦. ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೧೦ ಮಿ. ಮೀ. ಜಠರ ರಸ : ಒಟ್ಟು ಆಮ್ಲ ೫. ಸೇರಿದ ಮತ್ತು ಸೇರದ ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲ ೦ (ದಪ್ಪ ನಳಿಗೆ). ಮಲ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಲೋಳೆಯಂತಹ ಮಲ, ಜೈವಿಕ ಆಮ್ಲಗಳು ೨೧ ಯುನಿಟ್‌ಗಳು, ಅಮೋನಿಯ ೮.೨ ಯುನಿಟ್‌ಗಳು.

ಜೀರ್ಣನಾಳದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರ, ಮಾರ್ಚ ೧೯, ೧೯೫೩ : ಜಠರವು ಬೇರಿಯಂನಿಂದ ೪ ಘಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಲಿ; ಮುರಿಗರುಳಿನ ಕುಣಿಕೆಗಳು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಹಲ್ಲಿನಂತಹ ಆಕೃತಿ ಪಡೆದಿವೆ. ಬೇರಿಯುಂ ಎಳೆ ಮತ್ತು ಹನಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಏರುವ ಹೆಗ್ಗರುಳು ಮತ್ತು ಯಕೃತ್ತಿನ ಬಾಗು ಮತ್ತು ಅಡ್ಡಗರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗಗಳು; ಅಡ್ಡಗರುಳಿನ ಮಧ್ಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಒತ್ತಾಗಿ ಬೇರಿಯಂ ತುಂಬಿ ಚಾಚಿಕೊಂಡಿದೆ (ಚಿತ್ರ ೬೦ ಎ). ನಿದಾನ : ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಹರಡಿದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ, ಜಠರಾಮ್ಲವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ಅಪಚನ, ಮುರಿಗರುಳು, ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿನ ಆದಿ ಮತ್ತು ಏರುವ ಹೆಗ್ಗರುಳಿನ ಕ್ಷಯ.

ರೋಗಿಗೆ ೬೦ ಗ್ರಾಂ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ೫೦೦ ಗ್ರಾಂ. ಪಾಸ್ ಕೊಡಲ್ಪಟ್ಟಿತು. ಜನವರಿ ೧೯೫೪ ರಲ್ಲಿ ಪುನಃ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದಾಗ, ಜೀರ್ಣನಾಳಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವ ತೊಂದರೆಗಳೂ ಇರಲಿಲ್ಲ. ೫ ಕೆ. ಜಿ. ತೂಕ ಹೆಚ್ಚಿತು. ಉಷ್ಣತೆಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿದ್ದಿತು. ಹೊಟ್ಟೆ ನೋವಿಲ್ಲ. ಮಲದ ರೂಪ ಸರಿಯಾಗಿದೆ. ಪುಪ್ಪುಸದ ಛಾಯೆಗಳು ಹೀರುತ್ತಿವೆ. ಜಠರ ರಸ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಮೊದಲಿನಂತೆಯೇ ಆಮ್ಲವನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಮಲ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಮಲದ ರಚನೆ ಸರಿಯಾಗಿದೆ. ಲೋಳೆಯಿದೆ. ಜೈವಿಕ ಆಮ್ಲಗಳು ೧೮ ಯುನಿಟ್, ಅಮೋನಿಯ ೪.೬ ಯುನಿಟ್‌ಗಳು.



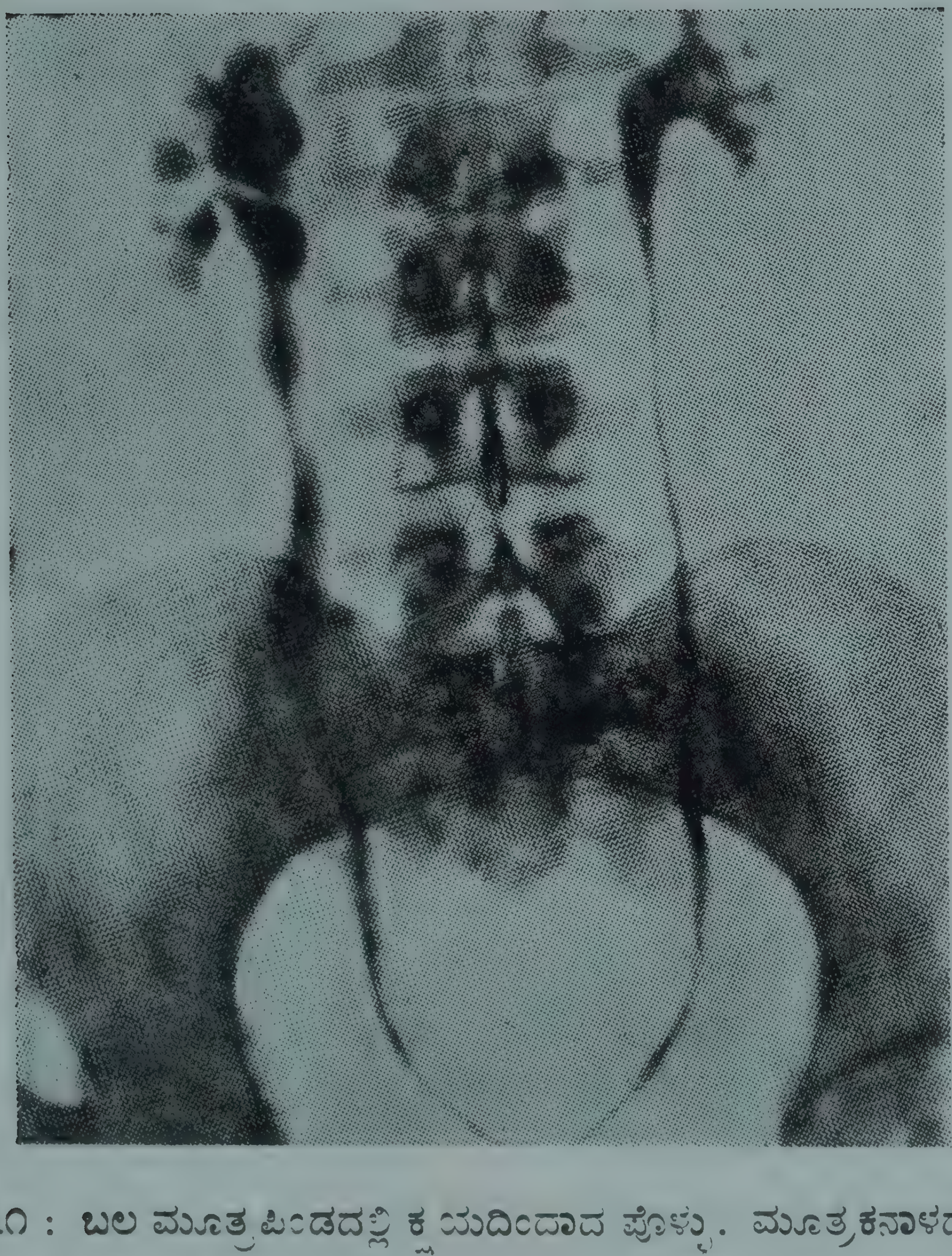
ಚಿತ್ರ ೫೯ : ಉಸಿರ್ನಾಳದಲ್ಲಿ ಹರಡಿ ಕಾಲುವೆಯಾಗಿ ತೂತು ಬಿದ್ದಿರುವುದು
(ಸ್ಕಿಡ್ಡ್‌ರ ಪುಸ್ತಕದಿಂದ)



ಚಿತ್ರ ೬೦ ಎ : ಹೆಗ್ಗರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗ, ಏರುವ ಹೆಗ್ಗರುಳು ಮತ್ತು
ಅಡ್ಡ ಕರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ತುಂಬಿಕೆಯ ಕೊರತೆ



ಚಿತ್ರ ೬೦ ಬಿ : ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಅದೇ ರೋಗಿ.
ಹೆಗ್ಗರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗ ಮತ್ತು ಏರುವ ಹೆಗ್ಗರುಳು ಒತ್ತಾಗಿ ತುಂಬಲ್ಪಟ್ಟಿರುವುದು.



ಚಿತ್ರ ೬೧ : ಬಲ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದಿಂದಾದ ಪೊಳ್ಳು. ಮೂತ್ರಕನಾಳದ ರಚನೆ. ಎಡ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದೆ (ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗ ಚಿತ್ರಣ).



ಚಿತ್ರ ೬೨ : ರೋಗಿ ' ಎ ' ಯ ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗ ಚಿತ್ರಣ
ಎಡ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣ

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಬೇರಿಯಂನ ಕರುಳು ಚಿತ್ರವು ತುಂಬಿಕೆಯ ಕೊರಕಲು ಇಲ್ಲದಿರುವುದನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಮುರಿಗರುಳಿನ ಸುತ್ತುಗಳು ನಯವಾದ ಪದರು ಹೊಂದಿದ್ದವು. ದೊಡ್ಡ ಕರುಳು ನಾಲ್ಕೂವರೆ ಘಂಟೆಗಳ ತರುವಾಯ ತುಂಬಲಾರಂಭಿಸಿತು. ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗ ಮತ್ತು ಏರುವ ಹೆಗ್ಗರುಳು ೭ ಘಂಟೆಗಳ ನಂತರ ಭರ್ತಿಯಾಗಿ ತುಂಬಿದವು (ಚಿತ್ರ ೬೦ ಬಿ).

ನಿರ್ಣಯ : ಹರಡಿದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ; ಹುಣ್ಣಾದ ಕರುಳಿನ ವ್ರಣ. ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅನಂತರ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಕರುಳಿನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ.

ಹೆಗ್ಗರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಅದರ ತುಂಬಿಕೆಯ ಕೊರಕಲಿನ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ೧೯೧೧ ಸ್ಟರ್ಲಿಂಗ್ ವರ್ಣಿಸಿದ್ದು, ಅದು ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ.

ಕರುಳಿನ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ, ಬಾಯಿಯಿಂದ ಕೊಟ್ಟ ಬೇರಿಯಂ ನಂತರ ಇಲ್ಲವೆ ಗುದದ್ವಾರದಿಂದ ಕೊಟ್ಟು ತೆಗೆದ ಚಿತ್ರ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಸಾಕು. ಆದರೂ ವಿ. ಪಿ. ಓಬ್ರಾಜೆಟ್ಸೊವ್ ತೋರಿಸಿದಂತೆ ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ಒತ್ತಿ ನೋಡಿ ವ್ರಣದ ಇರುವಿಕೆ ಯನ್ನು ತಿಳಿಯುವುದು ಮತ್ತು ತೆರೆಯ ಮೂಲಕ ಅದನ್ನು ನೋಡುವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ತ್ಯಜಿಸುವಂತಿಲ್ಲ.

ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ, ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಗಂಟುಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚೆನಿಸುವಷ್ಟು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ತೀವ್ರತರ ಇಲ್ಲವೆ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ನೋವು, ಮಲಬದ್ಧತೆ, ಜ್ವರ ಮತ್ತು ತೂಕದ ಇಳುವರಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ, ಯುವಕರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಚೆನ್ನಾಗಿ ತೆಗೆದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಬೆನ್ನೆಲುಬಿನ ಎರಡೂ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಸುಣ್ಣಗೊಂಡ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಆ ಗಂಟುಗಳ ಸಮುದಾಯವು ಮ್ಯಾಕ್‌ಬರ್ನೀ ಗುರುತಿನಲ್ಲಿ ತೋರಿಬಂದು, ಕರುಳು ಬಾಲದ ಉರಿಯಂತೆ ತೋರಿ ಬರುತ್ತದೆ.

ರಕ್ತದ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ರೋಗ ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಉಪಯುಕ್ತ. ಅಂತೆಯೇ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್‌ನ ಹಂತಪರೀಕ್ಷೆಯೂ. ಅದು ಯುವಕರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೂತ್ರಗಳು, ಒಳ್ಳೆಯ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ, ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್ ಸೇವನೆ ಕ್ಷಯಗಂಟಿನ ಮೇಲೆ ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತವೆ. ಶ್ವಾಸ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಚಟುವಟಿಕೆಯುಳ್ಳ ಕ್ಷಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ವಿಕಿರಣವನ್ನು ಕೊಡು ವುದು ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಬಹುದು.

ಯಕೃತ್ ಮತ್ತು ಪ್ಲೀಹದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಪರಿಮಿತವಾದ ವ್ರಣಗಳು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ಇತರ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತೃತ ಕ್ಷಯವಿದ್ದಾಗ ರೋಗವು ತಲೆದೋರ ಬಹುದು.

ಕರುಳ ಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯ

ಸಾವೆ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಕರುಳ ಪೊರೆಯ ಮೇಲೆ ಕಾಳಿನ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಕರುಳ ಸುತ್ಪೊರೆಯನ್ನು ರೋಗಿಷ್ಠ ವಾಗಿಸುವ ರೂಪಗಳು ಇಂತಿವೆ : (೧) ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಹುಣ್ಣುಗೊಂಡ ಕ್ಷಯ; (೨) ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಗಂಟು; (೩) ಹೆಂಗಸರ ಜನನೇಂದ್ರಿಯದ ಕ್ಷಯ (ಅಂಡನಾಳ ದುರಿತ).

ಕರುಳ ಪೊರೆಯ ಒಸರಿಕೆಯ ಉರಿತವನ್ನು ಅದರ ಒಣ ರೂಪದಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸ ಬಹುದು. ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲ ಕಡೆ ಒಸರಿಕೆಯು ಇದ್ದೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಅನಂತರ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಒಸರಿಕೆಯ ಇಲ್ಲವೆ ಒಣ ರೂಪದ ಉರಿತ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಅದರ ನಿದಾನ ಕ್ರಮ ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟಕರ. ಸರಿಯಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಚರಿತ್ರೆ, ಮನೆತನದ ವಿವರಗಳ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ, ಹಿಂದೆ ಬಂದ ರೋಗಗಳು, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸೋಂಕು, ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ತೀವ್ರತೆ– ಇವು ಕರುಳ ಪೊರೆಯ ಉರಿತದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಹಾ ಯಕವಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರೂ, ಒಸರಿಕೆಯು ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ ಇದ್ದಾಗ ರೋಗಿಯನ್ನು ಮಂಡಿ–ಮೊಣಕೈ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿಸಿ ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ತಟ್ಟಿ ನೋಡಿದಾಗ ಅದರ ಇರು ವಿಕೆಯನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಬಹುದು. ವೃದ್ಧರ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಏಡಿಗಂತಿಯನ್ನು ಲೆಕ್ಕಕ್ಕೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗವಿಲ್ಲ ದಿದ್ದರೆ ಅದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವ ಕೊಡಬೇಕು.

ಮೂತ್ರಾಂಗ–ಜನನಾಂಗ ಕ್ಷಯ

ಮೂತ್ರಾಂಗ–ಜನನಾಂಗ ಕ್ಷಯವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯ ಫಲವಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗ ಕ್ಷಯವೆಂದು ಕರೆಯ ಲಾಗುವುದು. ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಕ್ಷಯವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೇಲಿನಿಂದ ಲಭ್ಯ ವಾದುದು.

ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಕ್ಷಯವು ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಾದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ ಇಲ್ಲವೆ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ರಕ್ತದ ಮೂಲಕ ಹರಡಿ ಬೆಳೆಯುವ ಕ್ಷಯದಿಂದ ಉಂಟಾ ಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಸಣ್ಣ ವ್ರಣವು ಮೂತ್ರ ಕಾಲುವೆಯೊಳಕ್ಕೆ ಒಡೆ ಯುತ್ತದೆ. ಅನಂತರ ಅಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣದೊಂದು ಹುಣ್ಣು ರೂಪುಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗದಲ್ಲಿನ ಪೊಳ್ಳಿನ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತವಿದೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದ ವ್ರಣವು ಒಂದು ಕಡೆ ಮಾತ್ರ ಇರುತ್ತದೆ. ಅದು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಬೆಳೆಯುತ್ತ ಸಾಗುತ್ತದೆ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಯಾವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳೂ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಸಂಗತಿಯೇ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯು ವಿದ್ದಾಗಲೂ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ದೆಶೆಯ ವ್ರಣದ ಇರುವಿಕೆ ಯನ್ನು ಗುರುತಿಸುವಲ್ಲಿ ತಪ್ಪಾಗಲು ಕಾರಣ.

ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಶ್ವೇತಕದ ಇರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಸ್ಥಿರ ವಸ್ತುಗಳ ಇಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ ರೋಗದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದಕ್ಕಿಂತ ಮೊದಲು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆಂಬುದ ರತ್ತ ಅನೇಕ ಲೇಖಕರು ಲಕ್ಷ್ಯ ಸೆಳೆದಿದ್ದಾರೆ. ಕೀವುಗೊಂಡ ಮೂತ್ರವಿಸರ್ಜನೆಯತ್ತ ಲಕ್ಷ್ಯ ಹಾಕಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಅಳವಡಿಸಬೇಕು. ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗ ಕ್ಷಯದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು : ಉರಿ ಮೂತ್ರ, ಬಹುಬಾರಿ ಮೂತ್ರ. ಮೂತ್ರಕೋಶವು ರೋಗಿಷ್ಠ ವಾದಾಗ ಪದೇ ಪದೇ ಮೂತ್ರವಿಸರ್ಜನೆಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು. ಆ ಕೋಶದ ಗಾತ್ರವು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದೇ ಅದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ. ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ಕಷ್ಟಕರವಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನೋವುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ರಕ್ತವ್ರಣವು ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗಬಹುದು ಅಥವಾ ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ತೀವ್ರತರ ನೋವು ಕಂಡುಬರಬಹುದು.

ಸೋಂಕು ರಹಿತವಾಗಿ ನಳಿಗೆ ಸೇರಿಸಿ ತೆಗೆದ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಇದ್ದರೆ ಅದು ರೋಗವನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ, ಮೂತ್ರವು ಇತರ ಜೀವಾಣುಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಆದ್ದರಿಂದ ಕೀವುಮೂತ್ರ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯು ನಿದಾನ ಕ್ರಮ ದಲ್ಲಿ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಇತರ ಖಾಯಿಲೆಯಲ್ಲಿಯಂತೆ ಅದರ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಮುಖ್ಯ. ಮೂತ್ರನಾಳದೊಳಗೆ ನಳಿಗೆ ಸೇರಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಅಪಾರದರ್ಶಕ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯುವುದೂ ಮುಖ್ಯ. ಇಳಿಯುವ ಮೂತ್ರನಾಳದ ಚಿತ್ರ (ಅಪಾರ ದರ್ಶಕ ವಸ್ತುವನ್ನು ಮೂತ್ರಕನಾಳದಲ್ಲಿ ನಳಿಗೆ ಸೇರಿಸುವಾಗ ಒಳ ಸೇರಿಸುವುದು) ತೆಗೆದು ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಬೇಕು.

ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲಿ ಪೊಳ್ಳು ಉದ್ಭವವಾದಾಗ, ಅಪಾರದರ್ಶಕ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವನ್ನು ತೆಗೆದರೆ ಅದು ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ (ಚಿತ್ರ ೬೧).

ಮೂತ್ರಕೋಶದಲ್ಲಿನ ವ್ರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲಿನ ರೋಗದ ಫಲ ವಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಸುರಳಿನಾಳ ಮತ್ತು ಶುಕ್ಲಗ್ರಂಥಿಯ ಕ್ಷಯದ

ವ್ರಣಗಳು ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಕ್ಷಯದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸಬಹುದು. ಅಲ್ಲಿ ಬಹು ಕಷ್ಟದಿಂದ ಮೂತ್ರವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಂಗಸರಲ್ಲಿ ಏಕ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಮತ್ತು ಜನನೇಂದ್ರಿಯಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ಉಂಟಾಗುವುದು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪವೆಂಬುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಆದರೆ ಅದು ಎರಡು ಮೂರಾಂಶ ಗಂಡಸರಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕ್ಷಯವಲ್ಲದೆ, ಅಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲು ಇರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಏಡಿಗಂತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು (ಅದು ರಕ್ತಮೂತ್ರವಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ) ನಿದಾನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಲಕ್ಷ ದಲ್ಲಿರಿಸಬೇಕು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಥೈವಿಜೈಡ್‌ನಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕು. ಒಂದು ಮೂತ್ರಪಿಂಡವು ಸಂಪೂರ್ಣ ನಾಶವಾಗಿ, ಮತ್ತೊಂದು ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಿದ್ದರೆ, ರಸಾಯನರೋಗ ಔಷಧಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಷ್ಠ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದುಹಾಕಬೇಕು.

ರೋಗಿ ಎ, ಮಹಿಳೆ, ೨೪ ವರ್ಷ, ೨೦ ವರುಷದವಳಿದ್ದಾಗ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆ ಉರಿತವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಳು. ಅದಕ್ಕೆ ೧೦ ತಿಂಗಳ ಕಾಲ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಳು. ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ಮೇಲೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದಿ, ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಸೇರಿಕೊಂಡಳು. ನಾಲ್ಕು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ (೧೯೫೫), ಸೊಂಟದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಕೆಳಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ನೋವು ಬರಲಾರಂಭಿಸಿತು ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ಉರಿಯತೊಡಗಿತು. ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆ: ಹೆಚ್ಚು ಸಂಖ್ಯೆ ಯಲ್ಲಿ ಬಿಳ್ಕಣಗಳು, ಮೂತ್ರವನ್ನು ತಳಿ ಮಾಡಿದಾಗ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿರುವುದು ಗೋಚರಿಸಿತು. ನಿದಾನ: ಬಲ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕ್ಷಯರೋಗ, ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳ (೫೦ ಗ್ರಾಂ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋ ಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ೪೮ ಗ್ರಾಂ. ಥೈವಿಜೈಡ್) ಕೊಡುಗೆಯ ನಂತರ ಗುಣ ಹೊಂದಿ ಬಿಡುಗಡೆ. ೧೯೫೯ ರಲ್ಲಿ ಇನ್ಫ್ಲುಯೆಂಜಾ ಬಂದು ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸಿತು. ಹೆಚ್ಚುಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಸುಸ್ತು ಮತ್ತು ಸೊಂಟ ನೋವಿಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೆ.

ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಯಾವ ಅನ್ಯ ಗೋಚರ ಚಿಹ್ನೆಗಳಿಲ್ಲ. ಎದೆ ಚಿತ್ರವು ಎರಡೂ ಪುಪ್ಪುಸದ ಶೃಂಗ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತ ರೋಗ ತೋರಿಸಿತು.

ರಕ್ತಚಿತ್ರ: ಕೆಂಪು ಕಣಗಳು– ೩,೫೬೦,೦೦೦, ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ೬,೯೦೦, ಕೆಂದು ಕಣಗಳು ೨೦%, ಪಟ್ಟೆ ಕಣಗಳು ೬%, ಗಂಟು ಕಣಗಳು ೫೬%, ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ೩೦%, ಒಂಜೀವ ಕಣ ಗಳು ೫%; ರ. ತ. ಸೇ. ೧೩ ಮಿ. ಮಿ. ಘಂಟೆಗೆ. ಮೂತ್ರ: ಆಮ್ಲ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ, ಸಾಪೇಕ್ಷ ಸಾಂದ್ರತೆ: ೧೦೧೮, ಪ್ರೋಟೀನ್ ೦.೩%. ಒಂದು ದೃಶ್ಯದಲ್ಲಿ ಬಿಳ್ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ೨೫, ಆಗಾಗ್ಗೆ ಅವು ಒಗ್ಗೂಡಿರುವಿಕೆ, ಅದರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮತ್ತಿತರ ಜೀವಾಣುಗಳು ಇಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ಎಡ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಿಂದ ನಳಿಕೆ ಸೇರಿಸಿ ತೆಗೆದ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಕೀವು (ಗುಂಪುಗೂಡಿದ ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ಅನೇಕ ದೃಶ್ಯಗಳಲ್ಲಿ); ೩೦ ನೆಯ ದಿನ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಗೋಚರ, ಬಲ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಿಂದ ತೆಗೆದ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಯಾವ ಬದಲಾವಣೆಯಿಲ್ಲ; ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ಒಂದು ದೃಶ್ಯದಲ್ಲಿ ೨೦.

ಕೆಳಗಿನಿಂದ ತೆಗೆದ ಮೂತ್ರಕನಾಳದ ಚಿತ್ರವು ಬಲ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲಿನ ಒಳ ಪಕ್ಕ ಮತ್ತು ಮೇಲಿನ ಉಬ್ಬು ವಿಕೃತಿ ಹೊಂದಿದ್ದುದನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೬೨). ಜನನೇಂದ್ರಿಯಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯಿಲ್ಲ.

ನಿದಾನ : ಪರಿಮಿತಗೊಂಡ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ; ಬಲ ಮತ್ತು ಎಡ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ.

೩ ತಿಂಗಳ ಕಾಲ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಔಷಧಗಳನ್ನು (೧ ಗ್ರಾಂ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್, ೧ ಗ್ರಾಂ. ಥೈವಿಜೈಡ್ ದಿನವೂ) ಕೊಟ್ಟು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿದ ಮೇಲೆ ಉತ್ತಮ.

ನಿರ್ಣಯ : ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯಿಂದ, ಬಲ ಮತ್ತು ಅನಂತರ ಎಡ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ಬೆಳೆದುದರ ಉದಾಹರಣೆ. ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯದ ಇತಿಹಾಸ.

ಲೋಳ್ಸಕ್ಕರೆಯ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ

ಲೋಳ್ಸಕ್ಕರೆಯ ವಸ್ತುಗಳು ಇತರ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಹೊಂದಿದಂತೆ, ಲೋಳ್ಸಕ್ಕರೆಯ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವು ದೇಹದಲ್ಲಿನ ರೋಗದ ಒಂದು ಗುಣಲಕ್ಷಣ (ಯಕೃತ್, ಪ್ಲೀಹ ಅಥವಾ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿದ್ದಂತೆ). ಇದು ಪ್ರೋಟೀನ್ ಜೀವಸ್ತು ಕರಣದ ತೀವ್ರತರ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣವು ತುಂಬಾ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಕ್ಷಯರೋಗವಿದ್ದರೆ ಅದು ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದಲ್ಲಿ ಲೋಳ್ಸಕ್ಕರೆಯ ಸೇರ್ಪಡೆಗೆ ಅವಕಾಶ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಅದು ನಾರೆಳೆಯ ಪೊಳ್ಳು ಕ್ಷಯ, ಕ್ಷಯದ ಮತ್ತು ಕೀವಿನ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿಯೂತ, ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕೀಲಿನ ಕ್ಷಯದ ಕೀವುಗಾಲುವೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಪರಿಮಿತವಾಗಿ ಕ್ಷಯರೋಗವಿದ್ದಾಗಲೂ ಸಹ ಈ ತೆರನಾದ ರೋಗವು ಬೆಳೆಯ ಬಹುದು.

ಲೋಳ್ಸಕ್ಕರೆಯು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಗುದಿಗಳಲ್ಲಿ, ಅನಂತರ ಮೂತ್ರ ಕಾಲುವೆಯ ಪದರಿನ ಕೆಳಗೆ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಕಾರ್ಯಗಳು ತೀವ್ರ ವ್ಯತ್ಯಯವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಮೂತ್ರದ ಸಾಪೇಕ್ಷ ಸಾಂದ್ರತೆಯು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಪ್ರೋಟೀನು ಹೆಚ್ಚಿಗಿರುತ್ತದೆ. ರಚನೆಗೊಂಡ ಧಾತುಗಳ ಪ್ರಮಾಣವು ಕಡಿಮೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಉರಿತವು ತೋರಿದ್ದರೆ, ರೋಗಿಯು ಅತಿ ಭೇದಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾನೆ. ರೋಗವು ತುಂಬಾ ತೀವ್ರವಾದಾಗ, ಮೇದೋ ಮೂತ್ರಕದಲ್ಲಿಯಂತೆ, ಬಾವು ಮತ್ತು ಜಲೋದರ ಬೆಳವಣಿಗೆ

ಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಲೋಳ್ಸಕ್ಕರೆಯ ಮೂತ್ರಕದಲ್ಲಿ, ಶುದ್ಧ ರಕ್ತದ ಏರೊತ್ತಡ ದಲ್ಲಿಯಂತೆ ಕಣ್ಜಾಲದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವು ಹಿಂದೆಗೆದಿದ್ದರೆ, ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಸೋಲುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ರೋಗಿಯು ಕೊನೆಗೆ ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಸೋಲುವಿಕೆಯಿಂದ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕಶ್ಮಲಗಳನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಂಡು ಸಾಯುತ್ತಾನೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ– ಲೋಳ್ಸಕ್ಕರೆಯ ಮೂತ್ರಕದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಲಕ್ಷಣಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ರುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ, ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವನ್ನು ಕಳೆಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸ ಬೇಕು. ಉದಾ : ಕೀವಿನ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ರೋಗ.

ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಯೋಗಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿ, ಕೆಲವು ಲೇಖಕರು (ಎ. ಐ. ಅಬ್ರಿಕೋಸೋವ್) ಲೋಳ್ಸಕ್ಕರೆಯ ಮೂತ್ರಕದಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ಬದಲಾವಣೆ ಗಳನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ತಳೆದಿದ್ದಾರೆ.

ನಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಮತ್ತು ಕ್ಷಯ

ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ನಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವು ಮೊದಲು ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಅನಂತರ ಅದು ಕ್ಷಯರೋಗದ ವ್ರಣ ಗಳು ನೇರವಾಗಿ ನಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳಾದ– ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿ ಮತ್ತು ಸ್ರಾವಗ್ರಂಥಿಯ ಮಂಡಲ, ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿ ಮತ್ತು ಜನನ ಗ್ರಂಥಿ ಮೊದಲಾದವುಗಳಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಮೊದಲಿನ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿನ, ಕಾರ್ಯವ್ಯತ್ಯಯವು ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವ ಕಡಿಮೆಯಾದ ಮೇಲೆ ಮಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅನಂತರದ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿನ ವ್ರಣವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಕಾರ್ಯವ್ಯತ್ಯಯ ವುಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ಎಲ್ಲ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿಯ ಕ್ಷಯವು ವಿಶಿಷ್ಟ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲಿನ ಹೊರಪದರಿನಲ್ಲಲ್ಲದೆ, ತಿರುಳಿನಲ್ಲಿ ಸಹ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ನಾಶ ಕ್ರಿಯೆಯು ಎರಡೂ ಕಡೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ಈ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದುದು ಅಡಿಸನ್‌ನ ರೋಗ. ಇದರ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣಗಳು : ಕ್ಷೀಣಗೊಂಡು ಒಣಗುವಿಕೆ, ಸುಸ್ತು ಮತ್ತು ಒತ್ತಡದ ಇಳುವರಿ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆ ಪ್ರಮಾಣ ಇಳಿದು, ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಚುಚ್ಚುವಿಕೆಗೆ ತೀವ್ರ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಯಕೃತ್ ಮತ್ತು ಸ್ನಾಯುಗಳಲ್ಲಿ ಗ್ಲೈಕೋಜೆನ್ ಪ್ರಮಾಣವು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಉಳಿಕೆಯ

ಸಸಾರಜನಕ ವಸ್ತು ಪ್ರಮಾಣವು ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಟ್ಟಾಗಿ, ಬಿಳ್ಕಣಗಳ ಇಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳ ಏರಿಕೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸೋಡಿಯಂ ಪ್ರಮಾಣವು ತುಂಬಾ ಇಳಿಯುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪೊಟ್ಯಾಸಿಯಂ ಏರುತ್ತದೆ. ದೇಹದಿಂದ ನೀರು ಹೋಗಿ ದೇಹವು ಒಣಗುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮದ ಬಣ್ಣವು ಬದಲುಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಬಗಲು, ತೊಡೆ ಸಂದು, ಬಟ್ಟೆಯು ಸಂಪರ್ಕ ಬರುವ ಚರ್ಮವಲ್ಲದೆ, ತುಟಿ ಮತ್ತು ಸೋಟೆಯ ಲೋಳ್ಪರೆಯು ಬಣ್ಣವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತದೆ. ಮೆಲನಿನ್ ಹೆಚ್ಚು ಸ್ರವಿಸಲ್ಪಡುವುದರಿಂದ ಈ ರೀತಿಯ ಬಣ್ಣದ ಬದಲಾವಣೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಅದು ಬಹುಶಃ ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿಯು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡು ನಾಶ ಹೊಂದಿದುದರ ಫಲವಾಗಿ ಜೀವಸತ್ವ ಸಿ ಯ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿರುವಂತೆ ತೋರುತ್ತದೆ. ಸ್ರಾವ ಗ್ರಂಥಿಯ ಕಾರ್ಯದಂತೆ ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿಯೂ ಬಣ್ಣದ ಉಪಯೋಗದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತರಬಲ್ಲದು.

ರೋಗವು ತುಂಬಾ ಮುಂದುವರಿದಾಗ ಅದನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ದೇಹದೊಳಕ್ಕೆ ಡಿಸಾಕ್ಸಿ ಕಾರ್ಟಿಕೋಸ್ಟೀರೋನ್ ಅಸಿಟೇಟ್ (ಡೊಕ್ಸಾ), ಜೀವಸತ್ವ ಸಿ ಮತ್ತು ನಾರ್ ಅಡ್ರಿನಾಲಿನ್ ಕೊಡುವುದರಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಗುಣ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ.

ನಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಇತರ ಬದಲಾವಣೆಗಳಲ್ಲಿ, ಗುರಾಣಿ ಗ್ರಂಥಿಯ ಕಾರ್ಯವ್ಯತ್ಯಯವು ಈ ವ್ರಣದ ಮತ್ತೊಂದು ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣ. ಕ್ಷಯದ ನಂಜಿನ ಫಲವಾಗಿ ಗುರಾಣಿ ಗ್ರಂಥಿಯು ಹೆಚ್ಚು ರಸ ಸ್ರಾವ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ನೋಡಲಾಗಿದೆ. ಅಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮೂಲಭೂತ ಜೀವಸ್ತು ಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಂತಹ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಹೆಚ್ಚು ತೀವ್ರವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವವು ಇಳಿದಂತೆ ಅವು ದೂರವಾಗುತ್ತವೆ.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೧೧

ರೋಗ ನಿರೋಧ ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಣ

ಹಬ್ಬುಗೆಯು ವಿಸ್ತಾರ

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಹಬ್ಬುಗೆಯು ರೋಗಾಣು, ಅದು ಒಳಸೇರುವ ಮಾರ್ಗಗಳು ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ, ಮತ್ತು ಜನರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಜೀವನಮಟ್ಟವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಸಾವಿರಾರು ವರುಷಗಳ ಪರ್ಯಂತ, ಕ್ಷಯರೋಗವು ಜಗತ್ತಿನಾದ್ಯಂತ ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪುಗಳ ಮೇಲೆ, ಆ ಸಮಾಜದ ಇರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಉದ್ಯೋಗ ಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಧಾಳಿ ಮಾಡಿತು. ಅದು ಕಾರಣ ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ಸಾಮಾಜಿಕ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

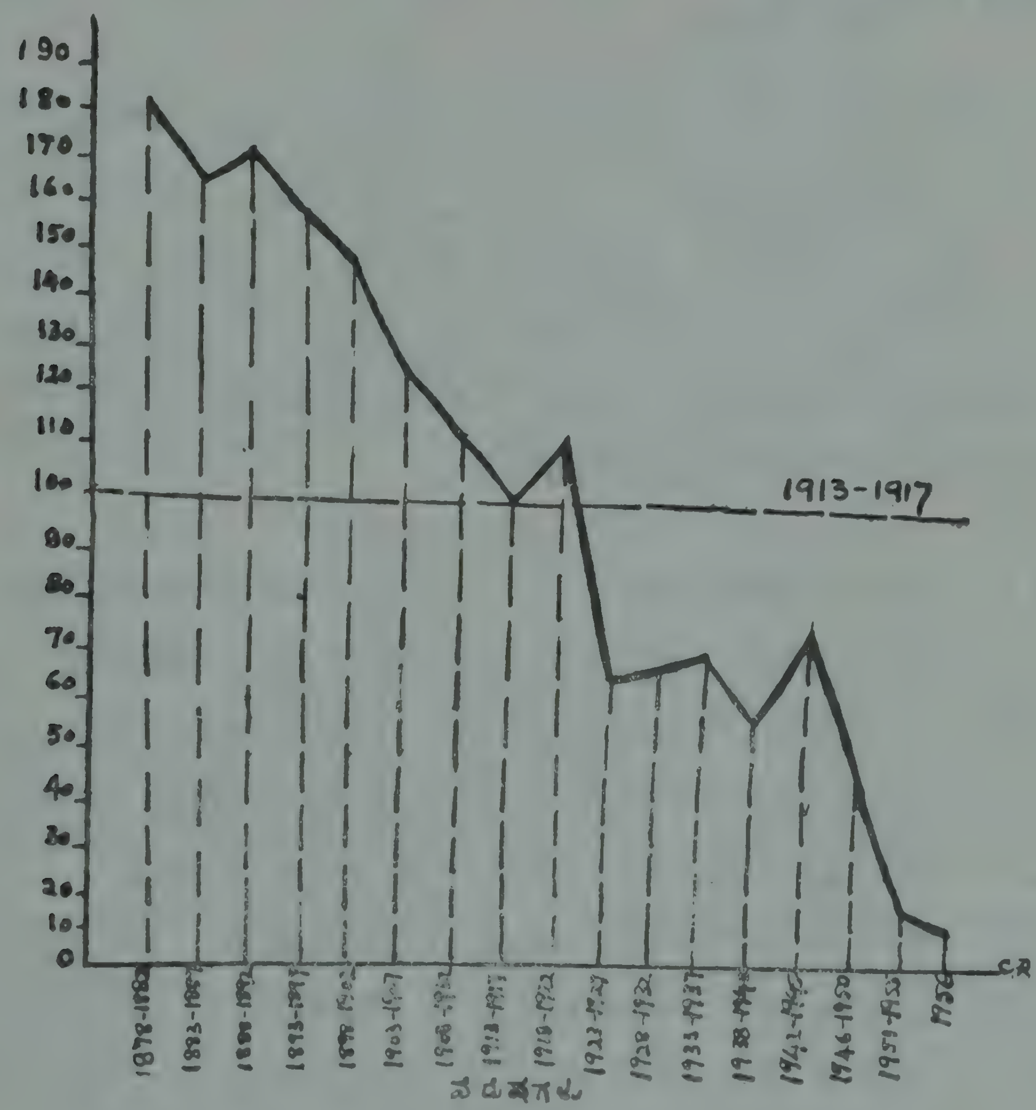
ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಪರಿಪೂರ್ಣ ದಾಖಲೆಗಳ ಅಭಾವದಿಂದಾಗಿ, ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ಆಯ್ದು ಮಾಡಿದ ಸರ್ವೆಗಳು ಮತ್ತು ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ರೋಗದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಉತ್ಕ್ರಾಂತಿಯ ಮೊದಲು ರಷ್ಯಾದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದಿಂದ ನರಳುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಮತ್ತು ನಗರಗಳೆರಡರಲ್ಲೂ ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದಿತು. ಸ್ಥಳೀಯ ವೈದ್ಯರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಷ್ಠರು ಹೆಚ್ಚಿರುವುದನ್ನು ತೋರಿಸಿದರು. ೧೮೭೮–೧೯೫೭ ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಸ್ಕೋದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದಿಂದ ಸಾವು ಹೊಂದಿದವರ ಅಂಕಿ–ಸಂಖ್ಯೆಯ ಚಿತ್ರಣವನ್ನು ನೀಡಿದ ಚಿತ್ರದ (ಚಿತ್ರ ೬೩) ಪರಿಶೀಲನೆಯು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ರೋಗದ ವಿಸ್ತಾರವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

ಚಿತ್ರವು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ, ಮಾಸ್ಕೋದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದಿಂದ ಸಾಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಬಹು ಮಟ್ಟಿಗೆ ಇಳಿಮುಖವಾಗಿದೆ. ಈ ಇಳುವರಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುವ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿವೆ. ಅಕ್ಟೋಬರ್‌ನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಉತ್ಕ್ರಾಂತಿಯ ಹಿಂದಿನ ನಲವತ್ತು ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ, ಮಾಸ್ಕೋದಲ್ಲಿ ಸಾವು ಹೊಂದುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಅರ್ಧಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ಅನಂತರದ ೩೫ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯವು ಸರಕಾರದ ವಿಷಯವಾದುದರಿಂದ ಹಾಗೂ ಕಮ್ಯೂನಿಸ್ಟ್ ಪಕ್ಷ ಮತ್ತು ಸೋವಿಯತ್ ಸರಕಾರವು

ಜೀವನಮಟ್ಟವನ್ನು ಏರಿಸಲು ಅಳವಡಿಸಿದ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಕ್ಷಯರೋಗದ ವಿರುದ್ಧ ಕೈಕೊಂಡ ಯುದ್ಧದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಹಾಗೂ ಕಾರ್ಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯಿಂದಾಗಿ ಆ ಸಂಖ್ಯೆ ೯೦೦% ಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಕೆಳಗಿಳಿಯಿತು. ಆ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದಿಂದ ನರಳುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚುಗೊಳಿಸಿದ ಎರಡು ಮಹಾಯುದ್ಧಗಳು ಜರುಗಿದವು. ಆಗ ಕಂಡುಬಂದ ಸಾವಿನ ಏರಿಕೆಯು ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಯಥಾವತ್ತಾಗಿ ಮೂಡಿಬಂದಿದೆ. ಸರಕಾರವು ಕೈಕೊಂಡ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಗಳಿಂದಾಗಿ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ಅನಂತರ, ಕ್ಷಯದಿಂದ ನರಳಿ ಸತ್ತವರ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಏರಿಕೆಯ ತುದಿಯು ಮೊದಲ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ನಂತರ ಕಂಡುಬಂದ ಏರಿಕೆಗಿಂತ ಸಾಕಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸುವುದು ಮಹತ್ವದ್ದಾಗಿದೆ.

ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ದಾಖಲೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕಾದುದರಿಂದ ರೋಗದ ಹಬ್ಬುಗೆಯ ವಿಸ್ತಾರವನ್ನು ನೇರವಾಗಿ



ಚಿತ್ರ ೬೩ : ಮಾಸ್ಕೋನಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದಿಂದ ವಾರ್ಷಿಕ ಮರಣ
(ಶತಾಂಶ, ೧೯೧೩–೧೯೧೭ = ೧೦೦) ೧೮೭೮–೧೯೫೬ (ಐ. ಡಿ. ಝುಸ್ಲಾವಿಸ್ಕಿಯಂತೆ)

ತುಲನೆ ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅದನ್ನು ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಇದು ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಂಡ ಕ್ಷಯರೋಗದ

ಹಿಡಿತದ ಏರ್ಪಾಟಿನಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವ ಪಾತ್ರವನ್ನಾಡಿದೆ. ಅದರಿಂದಾಗಿ ರೋಗದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿರುವವರೆಲ್ಲರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ವಿವರ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಪ್ರತಿ ವರುಷ ಗೋಚರಿಸುವ ಹೊಸ ರೋಗಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಸಹ ದೊರಕುತ್ತದೆ.

ಈ ಅಂಕಿ–ಸಂಖ್ಯೆಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದರೆ, ಕ್ಷಯರೋಗದಿಂದ ನರಳುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಒಂದೇ ಸಮನಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಎ.ಪಿ. ಲಪಿನಾ ಪ್ರಕಾರ, ೧೯೫೦ ಮತ್ತು ೧೯೫೫ ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಯು.ಎಸ್.ಎಸ್.ಆರ್. ನ ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದಿಂದ ನರಳುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ೩೪.೭% ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ಅದೇ ತೆರನಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯದ ಸಂಖ್ಯೆ ೩೫.೨% ಮತ್ತು ಇತರರಿಗೆ ರೋಗವನ್ನು ಹಬ್ಬಿಸಬಲ್ಲ ಕ್ಷಯ ೪೬.೧% ರಷ್ಟು ಇಳುವರಿಯಾಯಿತು. ಅನಂತರದ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು ಇಳಿಮುಖವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಗೋಚರವಾಯಿತು. ಹೊಸದಾಗಿ ದಾಖಲಾದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಸ್ಫುಟವಾಗಿವೆ (ಪಟ್ಟಿ ೧).

ಪಟ್ಟಿಯು ತೋರಿಸುವಂತೆ ಕಳೆದ ೧೧ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ, ಹೊಸ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಗಂಟು ಮತ್ತು ಹಬ್ಬುಗೆಯ ಕ್ಷಯ ೨ ರಿಂದ ೨.೫ ರಷ್ಟು, ವಿಸ್ತಾರ ಹರಡಿಕೆಯು ೪ ಪಟ್ಟು ಮತ್ತು ನಾರೆಳೆಯ ಟೊಳ್ಳಾದ ಕ್ಷಯವು ೧೨ ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ನಾಶವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ಕ್ಷಯರೋಗವು ೮೦% ರಷ್ಟು ಇಳಿಮುಖವಾಗಿದೆ. ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳಪೊರೆಯ ಉರಿಯೂತ ಸಾಕಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಗಿಣ್ಣಗಟ್ಟಿದ ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿ ವಿರಳವಾಗಿವೆ.

ಪ್ರತಿ ವರುಷ ಹೊಸದಾಗಿ ರೋಗವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಇಳಿಮುಖವಾಗುತ್ತ ಸಾಗಿದೆ. ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ, ಬೇರೆ ಬೇರೆ ತೆರನಾದ ಕ್ಷಯದಿಂದ ನರಳುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಇಳುವರಿಯಾಗಲು ಕಾರಣೀಭೂತವಾದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯುವುದು ಸ್ವಾರಸ್ಯಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ. ೧೯೪೮ ಕ್ಕಿಂತ ಮೊದಲು ಸಾವನ್ನಪ್ಪುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಗುಣ ಹೊಂದುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಗಿಂತ ಅಧಿಕವಾಗಿದ್ದಿತು. ಅನಂತರದ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಗುಣ ಹೊಂದುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಮಿಗಿಲಾಯಿತು. ೧೯೪೦–೧೯೪೮ ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಸ್ಕೋದಲ್ಲಿ ಚುರುಕುರೋಗ ತೋರಿಸುವ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಗುಣ ಹೊಂದುವ ಪ್ರಮಾಣ ಶತಾಂಶ ೪ ರಿಂದ ೬ ರ ವರೆಗಿದ್ದಿತು. ಅದು ಅನಂತರದ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಶತಾಂಶ ೧೨ ರಿಂದ ೧೪ ಕ್ಕೆ ಏರಿತು. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಗುಣ ಹೊಂದುವುದರ ಪ್ರಮಾಣ ಶತಾಂಶ ೨೫ ರಿಂದ ೩೦ ರ ವರೆಗಿದ್ದಿತು. ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಗುಣ ಹೊಂದುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಹೊಸದಾಗಿ ರೋಗವನ್ನು ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆಯೆಂಬುದು ಗಮನಿಸತಕ್ಕ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಆ ಕಾರಣದಿಂದಲೇ

ದಾಖಲಾಗುವ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಈ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ, ರೋಗದಿಂದ ನರಳುವವರ ಮತ್ತು ಗುಣ ಹೊಂದುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು, ಇಂದಿನ

ಪಟ್ಟಿ ೧

ಮಾಸ್ಕೋದ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಹೊಸದಾಗಿ ಗೋಚರಿಸಿದ ಕ್ಷಯರೋಗದ ತುಲನಾತ್ಮಕ ವಿವರ

(ಶತಾಂಶ, ೧೯೪೭ = ೧೦೦)

ಪ್ರಕಟಗೊಂಡ ರೂಪ ಮತ್ತು ಹಂತ	೧೯೪೭	೧೯೫೩	೧೯೫೬	೧೯೫೭	೧೯೫೮
ಗಂಟುಗಟ್ಟಿದ	೧೦೦	೮೬.೬	೫೯.೮	೫೭.೨	೫೧.೬
ಸುತ್ತ ಹರಡಿದ	೧೦೦	೬೫.೪	೪೭.೪	೪೨.೬	೪೪.೦
ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹಬ್ಬಿದ	೧೦೦	೪೯.೮	೨೮.೦	೨೫.೫	೨೪.೫
ನಾರೆಳೆಯ ಪೊಳ್ಳು	೧೦೦	೧೮.೮	೯.೯	೭.೭	೮.೧
ನಾಶಗೊಂಡ	೧೦೦	೩೩.೮	೨೧.೧	೧೯.೦	೨೦.೦

ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಮತ್ತು ನಿವಾರಕ ವಿಧಾನಗಳ ಸಮರ್ಥತೆಯನ್ನು ಸಾರುವ ಎರಡು ಮುಖ್ಯ ಕೈಪಿಡಿಗಳಾಗಿವೆ. ಕ್ಷಯರೋಗದ ನಿವಾರಣೆಯು ರೋಗದ ನರಳಿಕೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಿ, ಈಗ ಗೋಚರಿಸಿರುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಯೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ.

ರೋಗದಿಂದ ನರಳುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ, ಸೋವಿಯೆತ್ ಒಕ್ಕೂಟವು ಕೈಕೊಂಡ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಅತ್ಯಂತ ಸಮರ್ಪಕವಾದ ಪರಿಸರವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿವೆ. ನಿರುದ್ಯೋಗದ ನಿವಾರಣೆ, ಕೂಲಿಕಾರರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾಯಿದೆಗಳು, ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಯೋಗ್ಯ ವಾತಾವರಣ, ಕೈಗಾರಿಕಾ ಉದ್ಯಮಗಳಲ್ಲಿ ಕೂಲಿಕಾರರ ರಕ್ಷಣೆ, ಜೀವನಮಟ್ಟದ ನಿರಂತರ ಏರಿಕೆ, ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾದ ಗೃಹನಿರ್ಮಾಣ, ಕಲೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಜನ ಕಲ್ಯಾಣ ಮತ್ತಿತರ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಹೇಳಿದರೆ ಸಾಕು. ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ, ಕ್ಷಯರೋಗ ಸೋಂಕಿನ ಕಾರಣವನ್ನು ನೆನಪಿಟ್ಟುಕೊಂಡು, ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಕೈಕೊಂಡ ವಿಶಿಷ್ಟ ವಿಧಾನಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವವನ್ನು ಪಡೆದಿವೆ.

ಹಿಂದೆ ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ, ಕ್ಷಯರೋಗದ ಹರಡುವಿಕೆಯು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗಾಳಿಯಿಂದಾಗುತ್ತದೆ (ತುಂತುರು ಹನಿ ಮತ್ತು ಧೂಳಿನ ಮೂಲಕ). ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳು ಕೆಮ್ಮಿ ಹೊರತೆಗೆಯುವ ಕಫದಲ್ಲಿರುವ ಜೀವಾಣುಗಳೇ ರೋಗದ ಹಬ್ಬುಗೆಯಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಅಪಾಯಕಾರೀ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ವಿಪುಲ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ. ಇತರ ತ್ಯಾಜ್ಯ ವಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿ (ಮಲ, ಮೂತ್ರ, ಇತರ) ಸಹ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿದ್ದರೂ, ಅವು ಧೂಳಿನ ಮೂಲಕ ಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳ್ಳುವುದು ಕ್ವಚಿತವಾದುದರಿಂದ, ರೋಗದ ಹಬ್ಬುಗೆಯಲ್ಲಿ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸಲಾರವು. ಆದರೂ ರೋಗದ ಸೋಂಕನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ, ಎಲ್ಲ ವಿಸರ್ಜಿತ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಜೀವಾಣುರಹಿತಗೊಳಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಬೇಕು.

ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ವಿಸರ್ಜಿಸುವ ರೋಗಿಯು ಸ್ರವಿಸುವ ದ್ರವವು (ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕಫ) ಹಾಗೆಯೇ ಇಲ್ಲವೆ ಒಣಗಿ ಸುತ್ತ ಇರುವ ನಿತ್ಯೋಪಯೋಗಿ ಪಾತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತಿತರ ವಸ್ತುಗಳ ಮೇಲೆ ಬೀಳುತ್ತದಾದುದರಿಂದ, ರೋಗಾಣು ವಿಸರ್ಜಕ ರೋಗಿಯಲ್ಲದೆ, ಇಡೀ ಮನೆ ಮತ್ತು ಅದರೊಳಗಿನ ಎಲ್ಲ ವಸ್ತುಗಳು ರೋಗದ ಸೋಂಕಿಗೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ. ಕ್ಷಯರೋಗದ ಸೋಂಕು ಸಂಪರ್ಕದಿಂದಲೂ ಬರಬಹುದು. ಅಂತೆಯೇ ಪ್ರಾಣಿಗಳ ಮೂಲಕವಾಗಿಯೂ ಬರಬಹುದಾಗಿದೆ. ಮಾನವ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾದ ದನದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಚಿಕ್ಕ ವಯಸ್ಸಿನ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರಬಹುದಾಗಿದೆ. ಚರ್ಮದ ಮೂಲಕ ಈ ಜೀವಾಣುಗಳು, ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಒಳಸೇರುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿದೆಯೆಂದು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹಸುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗವು, ಅವುಗಳಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದುದರಿಂದ, ಪ್ರಾಣಿಜನ್ಯ ವ್ರಣದಲ್ಲಿ ಹಸಿಯ ಹಾಲು, ರೋಗಮೂಲವಾಗಿದೆ. ದೊಡ್ಡ ಫಾರ್ಮುಗಳಲ್ಲಿ, ಹಾಲನ್ನು ದೊಡ್ಡ ಪಾತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಖರಿಸುವುದರಿಂದಾಗಿ ಒಂದೆರಡು ಹಸುಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವಿದ್ದರೂ ಅವು ಇಡೀ ಹಾಲಿಗೆ ಸೋಂಕನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಲ್ಲವು.

ಚರ್ಮದ ಮೂಲಕ ರೋಗವು ಒಳಸೇರುವುದು ಸಾಧ್ಯವೆಂದು ತಿಳಿದಿದ್ದರೂ, ಆ ರೀತಿ ರೋಗದ ಪರಡುವಿಕೆಯು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ದೇಹದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರುವುದು ಸೋಂಕಿಗೆ ಕಾರಣವಾದರೂ, ರೋಗವು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಲು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೇಹದಾರ್ಢ್ಯ, ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಜೈವಿಕ ಶಕ್ತಿಗಳ ಸಮತೋಲನೆ, ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ, ವಾಸಸ್ಥಳ, ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿನ ವಾತಾವರಣ ಮುಂತಾದುವು ಕಾರಣೀಭೂತವೆಂಬುದನ್ನು ಪುನರಪಿ ನಾವು ದೃಢಪಡಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಈ ಎಲ್ಲ ವಿಷಯಗಳು ರೋಗದಿಂದ ನರಳುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವಲ್ಲಿನ ಮೂಲ

ಭೂತ ಗುರಿ ಮತ್ತು ಮಾರ್ಗವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸುಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಉಪಾಯುಗಳು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗುತ್ತವೆ.

ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸುಧಾರಣೆ

ಸಾಮಾನ್ಯ ನಿರೋಧಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಯನ್ನು ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಕೆಳಕಂಡ ಸಾಮಾನ್ಯ ನಿರೋಧಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿವೆ :

೧. ಬಾಲ್ಯದಿಂದ ದೇಹದಾರ್ಢ್ಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ತರಬೇತಿ : ಮಕ್ಕಳ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಕುಟುಂಬ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ, ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ಮತ್ತು ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಶಾಲೆಗಳ ಎಲ್ಲ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ, ಮಕ್ಕಳ, ಯೌವನಾವಸ್ಥೆಗೆ ಕಾಲಿಡುತ್ತಿರುವವರ ಮತ್ತು ಎಳೆಯರ ದೇಹದಾರ್ಢ್ಯದ ಶಿಕ್ಷಣ ಕೊಡುವಲ್ಲಿ ನಿರಂತರ ಗಮನ ಕೊಡಬೇಕು. ಕೈಗಾರಿಕೋದ್ಯಮಗಳಲ್ಲೂ ಈ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಲಕ್ಷ್ಯ ಕೊಡಬೇಕು. ಸರಕಾರದ ಇಡೀ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಆಡಳಿತ ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ಕೊಡಮಾಡಿದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ವಿಪುಲವಾಗಿವೆ. ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಶಿಕ್ಷಣವು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ರೂಪವನ್ನು ಧಾರಣ ಮಾಡಿದ್ದು, ಎಲ್ಲ ತೆರನಾದ ಸಮತೋಲನ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಮನುಷ್ಯನ ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು, ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಸಹಕರಿಸುತ್ತದೆ.

೨. ಆರೋಗ್ಯ ನಿಯಮಗಳಿಗನುಸರಿಸಿ ಯೋಗ್ಯ ಗೃಹಸೌಲಭ್ಯಗಳು : ಕ್ಷಯ ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಯೋಗ್ಯ ಗೃಹಗಳ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳುವುದರ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ.

೩. ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಕಾಪಾಡಲು ಪ್ರಚಾರ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣ : ಇವು ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ವಿಧಾನಗಳಾಗಿವೆ. ರೋಗಾಣುವಿನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು, ಅದು ಹರಡುವ ಮಾರ್ಗಗಳು, ಅದರ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಈಡಾಗುವಿಕೆ, ಮತ್ತು ವ್ಯಕ್ತಿಗತ, ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿರೋಧಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಸೂತ್ರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಯೋಗ್ಯ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಜನಪ್ರಿಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರೆಲ್ಲರಿಗೆ ಒದಗಿಸಿಕೊಡಬೇಕು. ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವ ಮಾರ್ಗಗಳು ವಿವಿಧ ತೆರನಾಗಿವೆ. ರೋಗಿಗಳೊಡನೆ ವಿಚಾರವಿನಿಮಯ, ಕೈಗಾರಿಕೆ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿಯ ಕೆಲಸಗಾರರು ಹಾಗೂ ಕೃಷಿಕರಿಗೆ ಉಪನ್ಯಾಸಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರದರ್ಶನಗಳು ಮತ್ತು ಚಿತ್ರಪಟಗಳು,

ಸ್ಥಳೀಯ ಸುದ್ದಿಪತ್ರಿಕೆಗಳು, ಭಿತ್ತಿಪತ್ರಗಳು, ರೇಡಿಯೋ, ಟೆಲಿವಿಷನ್ ಮತ್ತು ಚಲನ ಚಿತ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಪ್ರಚಾರ– ಈ ಸಾಧನಗಳನ್ನೂ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ ತೆರನಾದ ವಿಸ್ತೃತ ಪ್ರಚಾರವು, ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ವಿಶಿಷ್ಟ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಭೀತಿಯನ್ನು (ಕ್ಷಯದ ಭಯ) ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ಸಮರ್ಥವಾಗಬೇಕು.

೪. ಕ್ಷಯರೋಗದ ಆಗಮನವನ್ನು ಇಡೀ ಜನಾಂಗದಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ತಡೆಗಟ್ಟಿ ರಕ್ಷಣೆ : ಹೊಸದಾಗಿ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಸೇರುವವರ ಆರೋಗ್ಯ, ಅನಂತರ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯಮಟ್ಟವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಸೋವಿಯತ್ ಸರಕಾರ ವೈಧಾನಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮೂಲಕ ಸೂಚಿಸಿದೆ. ಅಂತಹ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಮಕ್ಕಳ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು (ನರ್ಸರಿ, ಕಿಂಡರ್‌ಗಾರ್ಟನ್, ಶಾಲೆಗಳು) ಆಹಾರದ ತಯಾರಿಕೆ ಮತ್ತು ಮಾರಾಟದಲ್ಲಿ ನಿರತವಾಗಿರುವ ಉದ್ಯಮಗಳು (ಕಫೆಟೇರಿಯ, ಕ್ಯಾಂಟೀನ್‌ಗಳು, ಉಪಹಾರ ಗೃಹಗಳು, ಅಂಗಡಿಗಳು, ಬೇಕರಿ ಮತ್ತಿತರ), ಇತರ ಜೀವನಾವಶ್ಯಕ ಪರಿಸರಗಳಲ್ಲಿ (ಕೇಶಕರ್ತನಾಲಯ, ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸ್ನಾನಗೃಹಗಳು, ಬಟ್ಟೆ ಮಡಿ ಮಾಡುವ ಸ್ಥಳಗಳು), ಕ್ಷಯರೋಗಿ ಮತ್ತು ಆತ ವಿಸರ್ಜಿಸುವ ವಸ್ತುಗಳ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಇತರರಿಗೆ ಬರದಂತೆ ಮಾಡುವ ಗುರಿಯನ್ನಿಟ್ಟು ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿವಾರಣಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ (ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯ) ಕೆಲಸ ಮಾಡುವವರು, ತಮ್ಮ ಉಪಚಾರದಲ್ಲಿರುವ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಮೀಪ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಹೊಂದಿರಬಲ್ಲವರಾದುದರಿಂದ, ಅವರು ಇತರರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ರೋಗಕ್ಕೀಡಾಗಬಲ್ಲ ವಿಶಿಷ್ಟ ಗುಂಪಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದ್ದಾರೆ. , ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವವರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲು ವಿಶೇಷ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಯೋಗದ ನಿಯಮಗಳು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ವಸತಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ಹಾಗೂ ಚೊಕ್ಕಟತನವನ್ನು ಕಾಯ್ದು ರೋಗದ ಸೋಂಕನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ನಿಯಮ ಪಾಲನೆಯಿಂದಾಗಿ ಆ ಉದ್ಯೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಹರಡುವಿಕೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಯೋಗ್ಯ ಸಹಾಯವನ್ನು ನೀಡಿದೆ.

೫. ಕ್ಷಯರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವಲ್ಲಿ ಜನಾಂಗದ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸರ್ವೆ : ಪ್ರತಿ ವರುಷವೂ ಮುಂದೆ ಕಾಣಿಸಿದ ಉದ್ಯೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಎದೆಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಮಾಡಲಾಗುವುದು : (ಎ) ಮಕ್ಕಳ ವೈದ್ಯ

ಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿನ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳು (ಬಿ) ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿನ ಉದ್ಯೋಗಿಗಳು (ಸಿ) ಶಾಲಾ ಶಿಕ್ಷಕರು, ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು, ಸರಕಾರಿ ಮತ್ತು ಸಹಕಾರಿ ಉದ್ಯಮಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ೧೮ ವರುಷದ ವರೆಗಿನ ಯುವಕರು (ಡಿ) ಅಪಾಯಕಾರಿ ವಾತಾವರಣ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಉಷ್ಣತೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಕಚೇರಿಯ ಮತ್ತು ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳ ಕೆಲಸಗಾರರು (ಇ) ಸಾರಿಗೆ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಕಂಡಕ್ಟರ್‌ಗಳು (ಎಫ್) ಆಹಾರ ತಯಾರಿಕಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಅವುಗಳ ಸಂಗ್ರಹ ಗೃಹಗಳು ಮತ್ತು ಆಹಾರದ ಅಂಗಡಿಗಳಲ್ಲಿನ ಕೆಲಸಗಾರರು (ಜಿ) ಕ್ಷೌರಿಕರು (ಎಚ್) ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು. ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ, ಕಚೇರಿ, ಕೈಗಾರಿಕೋದ್ಯಮಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವವರು, ಹೊರ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ನಗರ ವಾಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಎದೆ ಚಿತ್ರದ ಉಪಯೋಗ ಮಾಡಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸರ್ವೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಕಾಲ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಇಡೀ ಜನಸಮುದಾಯದ ಸರ್ವೆ ಮಾಡಿ ಎಲ್ಲ ಕ್ಷಯರೋಗಿಷ್ಠರನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವುದು ಕೂಡಲೇ ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿದೆ. ಹಿಂದೆ ತಿಳಿಸಿದಂತೆ ಅಂತಹ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಯಾವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದೆ ಇರಬಲ್ಲವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿನ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ಆಗ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕಾದ ಇತರ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ವೃತ್ತಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ತಜ್ಞರಿಗೆ ಯೋಗ್ಯ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯಿರುವುದು, ರೋಗವನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವಲ್ಲಿ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದುದು.

೬. ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿಡುವುದು : ನಿರೋಧ ಕ್ರಮವಾಗಿ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿಡುವುದರಿಂದ, ಆ ಸನ್ನಿವೇಶ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಸರವನ್ನೊದಗಿಸಿ ಕೊಡುವುದಲ್ಲದೆ, ಇತರ ಜನರಿಗೆ ರೋಗವು ಹರಡದಂತೆ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನೊದಗಿಸಿ ಕೊಡುತ್ತದೆ.

ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳು

ವೈಯಕ್ತಿಕ ನೈರ್ಮಲ್ಯವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳುವ ವಿಧಾನಗಳು ಮೇಲೆ ಸೂಚಿಸಿದ ಸೂತ್ರಗಳಷ್ಟೇ ಮುಖ್ಯವಾದವುಗಳಾಗಿವೆ. ಈ ವಿಧಾನಗಳು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ವಿಸರ್ಜಿಸುವ ಕ್ಷಯರೋಗಿ ಇರುವ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಚೊಕ್ಕಟವಾದ ನಿರ್ಮಲ ವಾತಾವರಣ ವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿಕೊಡುತ್ತವೆ. ಅದರ ಮೊದಲ ಹೆಜ್ಜೆಯಾಗಿ, ರೋಗಿಗೆ ವೈಯಕ್ತಿಕ ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಸೂತ್ರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿಕೊಟ್ಟು, ಸೋಂಕು ಮನೆಯ ವಸ್ತುಗಳಿಗೆ ಹಬ್ಬದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟುವುದೇ ಆಗಿದೆ. ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಶಿಸ್ತು ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಬೇರೆ ಟವಲ್‌ಗಳು, ಕರವಸ್ತ್ರಗಳು, ಪಾತ್ರೆಗಳ ಉಪ ಯೋಗ, ಕೆಮ್ಮುವಲ್ಲಿ ಶಿಸ್ತು, ಕಫವನ್ನು ಕೊಂಡೊಯ್ಯುವ ಅಥವಾ ಸ್ಥಿರವಾಗಿರಿಸಿದ

ಡಬ್ಬಿಗಳಲ್ಲಿ ಉಗಿಯುವಿಕೆ– ಈ ಸಾಮಾನ್ಯ ರೂಢಿಯು ಇತರರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನೊದಗಿಸಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯಾಣು ವಿಸರ್ಜಕ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಬೇರೆ ಕೋಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು; ಅಲ್ಲಿರುವ ಮರ ಮುಟ್ಟುಗಳು ಸುಲಭವಾಗಿ ಚೊಕ್ಕಟ ಮಾಡುವಂತಹವೂ ಮತ್ತು ಸೋಂಕು ಸೇರದಂತಹವೂ ಆಗಿರಬೇಕು. ಬೇರೆ ಕೋಣೆಯು ಇಲ್ಲವಾದ ಪಕ್ಷದಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಯ ಹಾಸಿಗೆ ಮತ್ತು ಆತನಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮರ ಮುಟ್ಟುಗಳನ್ನು ಕೊಠಡಿಯ ಒಂದು ಪಾರ್ಶ್ವದಲ್ಲಿರಿಸಿ ಅದಕ್ಕೆ ತೆರೆಯನ್ನೊದಗಿಸಿ ಕೊಡಬೇಕು.

ತೆರೆಯು ಇಲ್ಲದಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಹಾಸಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ಅದು ಗೋಡೆಯಿಂದ ಅರ್ಧ ಮೀಟರ್ ಮತ್ತು ಇತರ ಹಾಸಿಗೆಗಳಿಂದ ೧.೫ ರಿಂದ ೨ ಮೀಟರ್ ದೂರದಲ್ಲಿರಬೇಕು. ರೋಗಿಯು ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ಪಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಬೇರೆಯಾಗಿರಿಸಿ ತೊಳೆಯಬೇಕು. ಅವನ ಕೊಳೆ ಬಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾದ ಚೀಲದಲ್ಲಿರಿಸಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಕುಟುಂಬದ ಇತರರ ಬಟ್ಟೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸೇರಿಸದೆ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಶುಭ್ರ ಮಾಡಬೇಕು. ಅವನ ಬಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಖಾನೆಯಲ್ಲಿರಿಸಬೇಕು.

ರೋಗದ ಸೋಂಕು ಇರುವಲ್ಲಿ ಚೊಕ್ಕಟ ವಾತಾವರಣವನ್ನಿರಿಸಲು ಸೋಂಕು ರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಬಿಡದೆ ಕೊನೆಯಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಕ್ಷಯಾಣು ವಿಸರ್ಜಕ ರೋಗಿಯು ವಿಸರ್ಜಿಸುವ ಕಶ್ಮಲಗಳು ಮತ್ತು ಸೋಂಕು ಸೇರುವ ಪದಾರ್ಥಗಳಿಂದ ಸೋಂಕನ್ನು ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಹೋಗಲಾಡಿಸುವುದೇ ದಿನ ನಿತ್ಯ ಕ್ರಮವಾಗಿದೆ. ಮನೆಯನ್ನು ಒದ್ದೆ ಬಟ್ಟೆಯಿಂದ ಒರೆಸಬೇಕು. ೫% ಕ್ಲೋರಮೀನ್ ದ್ರಾವಕದಲ್ಲಿ ಬಟ್ಟೆಯನ್ನು ಅದ್ದಿ ನೆಲ ಮತ್ತು ಮರ ಮುಟ್ಟನ್ನು ಒರೆಸಬೇಕು. ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಗಾಳಿಯಾಡುತ್ತಿರಬೇಕು.

ಕುದಿಸುವುದೇ ಸೋಂಕು ಕಳೆಯುವಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯ ವಿಧಾನ. ರೋಗಿಯ ಪಾತ್ರೆ ಪಡಗಗಳನ್ನು ಕುದಿಯುವ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ೫–೧೦ ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ ಇರಿಸಬೇಕು. ಅಂತೆಯೇ ಆತನ ಒಳ ಉಡುಪು, ಮೇಲು ಹೊದಿಕೆ. ತೊಳೆಯುವ ಮತ್ತಿತರ ಬಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ಇರಿಸಬೇಕು. ಕ್ಲೋರಮೀನ್ ಸಾಮಾನ್ಯ ಬಳಕೆಯ ಸೋಂಕುರೋಧಕ. ಅದನ್ನು ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಮಿಶ್ರ ಮಾಡಿದಾಗ ನಿರ್ವರ್ಣ, ನಿರ್ಗಂಧ ಪಾರದರ್ಶಕ ದ್ರವವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಸೋಂಕು ಕಳೆಯುವ ಗುಣವನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಹೊಂದಿದ್ದು ಇತರ ವಸ್ತುಗಳಿಗೆ ಅಪಾಯಕಾರಿಯಲ್ಲ. ೫% ಕ್ಲೋರಮೀನ್ ದ್ರಾವಕದಲ್ಲಿ ಇರಿಸಿದಾಗ, ನಾಲ್ಕು ಘಂಟೆಯೊಳಗೆ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ನಾಶವಾಗುತ್ತವೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಸೋಂಕುರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಕಫದ ಬಗ್ಗೆ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ಕೊಡಬೇಕು. ಅದನ್ನುಪಯೋಗಿಸುವ ಮೊದಲು ಕೈಗಾತ್ರದ ಉಗುಳು

ಡಬ್ಬದ ಒಂದು ಮೂರಾಂಶ ಭಾಗವನ್ನು ೫% ಕ್ಲೋರಮಿನ್ ದ್ರಾವಕದಿಂದ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು. ಅದನ್ನು ದಿನವೂ ಖಾಲಿ ಮಾಡಬೇಕು ಮತ್ತು ಒಂದು ಪಾತ್ರೆಯಲ್ಲಿರಿಸಿ ೨% ಸೋಡಾ ದ್ರವದಲ್ಲಿ ೧೫ ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ ಕುದಿಸಬೇಕು. ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯದವರು ಕೊಟ್ಟ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನನುಸರಿಸಿ, ಇದನ್ನು ರೋಗಿ ಅಥವಾ ಮನೆಯಲ್ಲಿನ ಹಿರಿಯರು ಮಾಡಬಹುದು.

ರೋಗಿಯು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಇದ್ದು ತೆರಳುವ ಮುನ್ನ (ಆತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಅಥವಾ ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂ ಸೇರುವ ಮೊದಲು) ಅಥವಾ ಆತನ ದೇಹಾಂತ್ಯವಾದರೆ ಸೋಂಕು ಕಳೆಯುವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಂತ್ಯದಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇಡೀ ಮನೆ, ಅಲ್ಲಿನ ಮರ ಮುಟ್ಟುಗಳು, ಬಟ್ಟೆಗಳು, ಹಾಸಿಗೆ ಹೊದಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಸಂಪರ್ಕ ಬಂದ ಇತರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಚೊಕ್ಕಟ ಮಾಡಬೇಕು. ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ಪಿಡುಗುರೋಧಕ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಅಂತ್ಯ ಸೋಂಕು ರೋಧಕ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ವಿಶಿಷ್ಟ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಬಳಸುತ್ತವೆ. ಆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅನಂತರ ' ನೈರ್ಮಲ್ಯ ರಿಪೇರಿ ' ಎಂದು ಕರೆಯಲ್ಪಡುವ ವಿಧಾನಗಳಾದ ಗೋಡೆಗೆ ಸುಣ್ಣ ಬಳಿಯುವುದು, ಗೋಡೆಯ ಕಾಗದ ಬದಲಾಯಿಸುವುದು, ನೆಲ, ಕಿಟಕಿ ಮತ್ತು ಬಾಗಿಲುಗಳ ರಿಪೇರಿಯನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ರೋಗಿಯು ಕೊಠಡಿಯನ್ನು ನೊಣಗಳಿಂದ ರಕ್ಷಿಸಬೇಕು. ರೋಗಿಯ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದುವ ಎಲ್ಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ವಿವರವನ್ನು ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳಿಗೆ ನೀಡುವುದು ಸೋವಿಯತ್ ಒಕ್ಕೂಟದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅವರನ್ನು ವರುಷದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಬಾರಿ, ಮಕ್ಕಳಿದ್ದರೆ ನಾಲ್ಕು ಬಾರಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಷಯರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮಾಯವಾದ ಅಥವಾ ಆತನ ಸ್ಥಳ ಬದಲಾಯಿಸಿ ಎರಡು ವರುಷಗಳ ಪರ್ಯಂತ ಆತನ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿದವರ ಮೇಲೆ ನಿಗವನ್ನಿಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮ (ಬಿ. ಸಿ. ಜಿ.)

ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮವು ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಲಸಿಕೆಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಅದನ್ನು ೧೯೨೧ ರಲ್ಲಿ ಕಾಮೆಟ್ ಮತ್ತು ಗ್ಯುರಿಯನ್ ಕಂಡುಹಿಡಿದರು. ಅವರು ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಯೆಂಬ (ಕಾಮೆಟ್ ಮತ್ತು ಗ್ಯುಯರಿನ್‌ರ ಬ್ಯಾಸಿಲ್ಲಸ್) ದನ ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ರೂಪವನ್ನು ಹುಡುಕಿ ತೆಗೆದರು. ಪಿತ್ತರಸ ಹೊಂದಿದ ಸಾರದ್ರವ್ಯದ ಮೇಲೆ ಅನೇಕ ಸಾರೆ ಪುನರಪಿ ತಳಿ ಮಾಡಿ (೧೩ ವರ್ಷ ಪರ್ಯಂತ ಇರುವ) ಅದರ ಪ್ರಖರತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಆದರೂ ದೇಹದಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಗುಣ ಬದಲಾಗದೆ ಉಳಿಯಿತು. ಪ್ರಭಾವಹೀನವಾದ

ಜೀವಂತ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ದ್ರವರೂಪಿ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ೧೯೨೬ ರಲ್ಲಿ ಜನ್ಮ ತಳೆದ ಶಿಶುಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮವೆಂದು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಕಾಮೆಟ್ ಮತ್ತು ಗ್ಯುಯರಿನ್‌ರ ಮೂಲ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿ, ಆ ಶೋಧನೆಯ ಮೇಲೆ ಜಗತ್ತಿನಾದ್ಯಂತ ವಿಪುಲ ಸಂಶೋಧನೆಯು ನಡೆಯಿತು. ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಸೇರಿಸುವುದು ಶಿಶುಗಳಲ್ಲಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ. ಮಕ್ಕಳ ಮತ್ತು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದ ೩೦ ವರುಷಕ್ಕಿಂತ ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ಲಸಿಕೆ ಸೇರಿಸುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಶಿಶುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿದ ಅನಂತರ ೨ ರಿಂದ ೪ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಮರು ಲಸಿಕೆ ಸೇರಿಸುವುದನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಈಚಿನ ವರುಷಗಳವರೆಗೂ ಶಿಶುಗಳಲ್ಲಿ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು, ದ್ರವರೂಪದಲ್ಲಿ ಬಾಯಿಂದ ಕುಡಿಸಿ ಸೇರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದ್ದಿತು. ಇಂದು ಆ ವಿಧಾನವನ್ನು ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧಗೊಳಿಸಿದ ಒಣ ಲಸಿಕೆಯ ಉಪಯೋಗದಿಂದ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಅನುಸರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಉತ್ಪಾದನೆಯಲ್ಲಿ ಒಣ ಲಸಿಕೆಯು, ದ್ರವರೂಪಿ ಲಸಿಕೆಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ದರ್ಜೆಯದಲ್ಲ. ಅದನ್ನು ಕೊಟ್ಟ ನಂತರ ಉದ್ಭವವಾದ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯನ್ನು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ತೀಕ್ಷ್ಣತೆಯ ಮೇಲೆ ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು. ಎರಡೂ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ಮಕ್ಕಳು ಒಂದೇ ತೆರನಾದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡುವ ಇತರ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದಡಿ, ಚರ್ಮದೊಳಗೆ ಮತ್ತು ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ (ಕೆರೆಯುವುದು) ನೀಡುವುದು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿವೆ. ತೊಡಕುಗಳ ಸಂಭವವಿರುವುದರಿಂದ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಚರ್ಮದಡಿ ಕೊಡುವುದು ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿಲ್ಲದಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ಮತ್ತು ಚರ್ಮದೊಳಕ್ಕೆ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಸೇರಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಚರ್ಮದೊಳಕ್ಕೆ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಸೇರಿಸುವ ವಿಧಾನವನ್ನಿಂದು, ವಯಸ್ಕರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಲಸಿಕೆ ಮತ್ತು ಮರು ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಲು ವಿಪುಲವಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಗೊತ್ತುಪಡಿಸಿದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಲು ಅದರಿಂದ ಸಾಧ್ಯ. ಅಲ್ಲದೆ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಉಳಿಯಬಲ್ಲ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಬೆಳಸುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಲಸಿಕೆಯ ಸಫಲತೆಯು ಯಾವ ಅನುಮಾನಕ್ಕೂ ಎಡೆಯಿಲ್ಲದಂತೆ ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗದ ವಿರುದ್ಧ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಪಡೆದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ರೋಗ ಬರುವ ಸಂಭವ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಪಡೆಯದ ಮಕ್ಕಳಿಗಿಂತ ೪ ರಿಂದ ೬ ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ.

ರೋಗವನ್ನು ಪ್ರತಿರೋಧಿಸುವ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಕ್ರಮಗಳ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಇಂದು ವೈದ್ಯನು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಸರಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಾವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಿದ ಪ್ರಬಲವಾದ ವಿಶಿಷ್ಟ ನಿರೋಧಕ ಸಾಧನವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾನೆ.

ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಲಸಿಕೆ ಹಾಕುವ ವಿಧಾನ

ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವರು ಇತ್ತ ಆಜ್ಞೆಯ (ನಂ. ೨೯೦, ೧೯೬೨) ಪ್ರಕಾರ ಚರ್ಮದೊಳಗೆ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಸೇರಿಸುವ ವಿಧಾನವನ್ನು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಬಳಸಬೇಕು. ಜನ್ಮ ತಳೆದ ಕೂಸು ಮತ್ತು ಶಿಶುಗಳಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣ ೦.೧ ಮಿ. ಲೀ. ನಲ್ಲಿ ೦.೦೨ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಹಾಗೂ ಇತರ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ೦.೧ ಮಿ. ಲೀ. ನಲ್ಲಿ ೦.೦೫ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ಸೇರಿದ ಗಾಮಾಲಯ ಸಂಸ್ಥೆಯವರು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಗ್ಲೂಟಾಮಿನೇಟ್ ಒಣ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಲು ಚರ್ಮವನ್ನು ಮದ್ಯಸಾರದಿಂದ ಸ್ವಚ್ಛಗೊಳಿಸಿದ ಮೇಲೆ, ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಎಡಭುಜದ ಹೊರ ಮೈಮೇಲೆ ಇಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಲಸಿಕೆಯ ದ್ರವವನ್ನು (೦.೧ ಮಿ.ಲೀ.) ಒಂದು ಗ್ರಾಂ. ಸಿರಿಂಜ್ ಮೂಲಕ ಚುಚ್ಚಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚುವುದಿಲ್ಲ. ದ್ರವವು ಚರ್ಮದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಹೋದರೆ, ಅಲ್ಲಿ ಕೀವುಗಟ್ಟಬಹುದಾದುದರಿಂದ, ಅದನ್ನು ಚರ್ಮದೊಳಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಚುಚ್ಚಲಾಗುವುದು.

ಜನ್ಮ ತಳೆದ ಕೂಸುಗಳಲ್ಲಿ ಬಾಯಿಂದ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡುವಾಗ, ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಹುಟ್ಟಿದ ೩, ೫ ಮತ್ತು ೭ ನೆಯ ದಿನ (ಅಥವಾ ೪, ೬ ಮತ್ತು ೮; ೫, ೭ ಮತ್ತು ೯) ಗಳಲ್ಲಿ ಬಾಯಿಂದ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ೧೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಒಣ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಸದಾಗಿ ಕಾಯಿಸಿದ ಅಥವಾ ಭಟ್ಟಿಯಿಳಿಸಿದ ೨ ಮಿ. ಲೀ. ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕರಗಿಸಿ, ಅನಂತರ ೩ ರಿಂದ ೫ ಮಿ. ಲೀ. ತಾಯಿಯ ಹಾಲಿನಲ್ಲಿ ಮಿಶ್ರಗೊಳಿಸಲಾಗುವುದು. ಆ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಅಲುಗಾಡಿಸಿ, ಅದನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಚಮಚೆಯ ಮೂಲಕ, ಕೂಸಿಗೆ ಅದರ ಮುಂದಿನ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯ ೨೦–೩೦ ನಿಮಿಷಗಳ ಮೊದಲು ಕೊಡಬೇಕು. ಅದನ್ನು ಕೊಡುವಾಗ, ತಲೆ ಮತ್ತು ಎದೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗವನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಎತ್ತರಿಸಬೇಕು.

ಕಾರಣಾಂತರಗಳಿಂದ ಮೇಲ್ಕಾಣಿಸಿದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಮಗುವಿಗೆ ಇನ್ನೂ ಎರಡು ತಿಂಗಳಾಗದಿದ್ದರೆ, ಅದೇ ವಿಧಾನದಿಂದ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಎರಡು ತಿಂಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ, ಮರು ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ತೆಗೆಯುವಂತೆ, ಮೊದಲು ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆ (ಮಾಂಟೂ

೧ : ೨,೦೦೦) ಯನ್ನು ಮಾಡಿ, ಚರ್ಮದೊಳಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ಸೇರಿಸುವಾಗ ಒಣ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು (೨೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ.) ೧ ಮಿ. ಲೀ. ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕರಗಿಸಬೇಕು.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಮನೆತನದಿಂದ ಬಂದ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿದ ಅನಂತರ ಎರಡು ತಿಂಗಳ ಕಾಲ ಬೇರೆ ಇಡಬೇಕು.

ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡದಿರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳು ಈ ತೆರನಾಗಿವೆ : ೩೭.೫° ಸೆಂ.ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಉಷ್ಣತೆ, ನಿಲ್ಲದ ವಾಂತಿ, ಆಹಾರದ ಅಪಚನ, ದೇಹದಾರ್ಢ್ಯವನ್ನು ಕೆಳಗಿಳಿಸುವ ರೋಗಗಳು (ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಕೀವು, ಚರ್ಮದ ನೀರ್ಗುಳ್ಳೆ, ಕೀವುಗುಳ್ಳೆ, ಕೀವು ಸೋರುವಿಕೆ, ಇನ್ಫ್ಲುಯೆಂಜಾ, ಕಫದಿಂದ ಕೂಡಿದ ಕೆಮ್ಮು, ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿ ಮೊದಲಾದವು), ಜನನಕಾಲದಲ್ಲಾದ ಗಾಯದಿಂದಾದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು. ಕೂಸಿನ ತೂಕವು ೨ ಕೆ.ಜಿ.ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದರೆ ಅಕಾಲ ಜನನದಲ್ಲಿಯೂ ಅದನ್ನು ಕೊಡಲಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲ.

ರೋಗ ಹೊಂದದ ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಮರು ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡದಿರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳು ಈ ತೆರನಾಗಿವೆ : ಎಲ್ಲ ತೀವ್ರತರ ಸೋಂಕುರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಮರುಕಳಿಸಿದ ಪ್ರಮೇಯಗಳು ತಮ್ಮ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ದೂರವಾಗಿಸಿದ ಎರಡು ತಿಂಗಳೊಳಗೆ, ಜ್ವರ, ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ಕರುಳಿನ ಕಾರ್ಯ ವೈಪರೀತ್ಯ, ರಕ್ತದ ರೋಗಗಳು, ಮಾರಕ ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಬಿಳ್ಕಣ ರಕ್ತತೆ, ಮತ್ತು ಕುಸುಮರೋಗ; ಸಿಹಿ ಮೂತ್ರ ರೋಗ; ತೀವ್ರತರ ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಉರಿ; ಕೀವುಮೂತ್ರ; ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಿಲ್ಲದ ಹೃದಯ ಕವಾಟ ರೋಗಗಳು; ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು; ಶೀತ ಸ್ರಾವ ಜ್ವರ: ಗೂರಲುಬ್ಬಸ; ವಿಷಾಹಾರ ಮತ್ತಿತರ ಬೇಡದ ಲಕ್ಷಣಗಳು: ಹಿಂಡುವ ರೋಗ, ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲದಲ್ಲಿ ಹಿಂದೆ ಘಟಿಸಿದ ರೋಗಗಳು (ಮೆದುಳುರಿ, ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಉರಿತ).

ಸಿಡುಬು ರೋಗದ ವಿರುದ್ಧ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಪಡೆದ ಮಕ್ಕಳು, ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು, ಕಳೆದ ಲಸಿಕೆ ತೆಗೆದ ಎರಡು ತಿಂಗಳ ಅನಂತರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಅದೇ ರೀತಿ ಮಕ್ಕಳ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯುವಿನ ವಿರುದ್ಧ ತೆಗೆದ ಲಸಿಕೆಯ ಒಂದು ತಿಂಗಳ ನಂತರವೇ ಮಕ್ಕಳು ಬೇರೆ ರೋಗಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣದ ವ್ಯವಸ್ಥೆ
ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು

ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ದೇಶಾದ್ಯಂತ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿವಾರಣೆಯ ಯೋಜಿತ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳು ಅಕ್ಟೋಬರ್ ಸಾಮಾಜಿಕ ಉತ್ಕ್ರಾಂತಿಯ ನಂತರ

ಪ್ರಾರಂಭವಾದವು. ಕ್ರಾಂತಿಯ ಮೊದಲಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ರಷ್ಯಾದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ನಿವಾರಣೆಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ದತ್ತಿಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಾದ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಲೀಗ್‌ನ ಕಾರ್ಯ ಕ್ರಮವಾಗಿದ್ದಿತು. ಝಾರ್ ಸರಕಾರ ಹೇರಿದ ನಿರ್ಬಂಧದಿಂದಾಗಿ ಅದರ ಚಟುವಟಿಕೆ ಗಳು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅದು ಖರ್ಚು ಮಾಡಲು ಬೇಕಾದ ಹಣ ಸೀಮಿತವಾಗಿದ್ದಿತು. ಪ್ರಾರಂಭ ದೆಶೆಯಲ್ಲಿ ಸೋವಿಯತ್ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಕಾರ್ಯ ಕ್ರಮವು ಪಶ್ಚಿಮ ಯುರೋಪಿನ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು (ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ) ರೂಪಿಸಿದ ಸೂತ್ರಗಳ ಮೇಲೆ ರೂಪಿತವಾಗಿ, ಅದು ಸಮತಾವಾದಿ ರಾಷ್ಟ್ರದ ಅಗತ್ಯಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಮಾರ್ಪಾಟಾಗಿದ್ದಿತು. ಅದರ ಫಲವಾಗಿ ಸೋವಿಯತ್ ಒಕ್ಕೂಟದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿವಾರಣೆಯ ಬೃಹದ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ರೂಪುಗೊಂಡಿತು. ೫೫೦೦ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಹೊರ ರೋಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯ ಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ವಿಭಾಗ ಮತ್ತು ಅನೇಕ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ವಿಶಿಷ್ಟ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂಗಳು ನಿರ್ಮಾಣವಾದವು.

ಕ್ಷಯರೋಧಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯವೇ ಮೂಲಭೂತವಾದ ಘಟಕ. ೧೮೮೭ ರಲ್ಲಿ ರಾಬರ್ಟ್ ಫಿಲಿಪ್ ಸ್ಥಾಪಿಸಿದ (ಸ್ಕಾಟ್ಲೆಂಡ್) ಮೊದಲ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯ ಅಥವಾ ಫ್ರಾನ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಕಾಮೆಟ್, ಜರ್ಮನಿಯ ಸ್ಟೆಟಿನ್‌ನಲ್ಲಿ ಬ್ರುನಿಂಗ್ ಸ್ಥಾಪಿಸಿದ ಮೊದಲ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಪಶ್ಚಿಮ ಯುರೋಪಿನ ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಂತಲ್ಲದೆ, ಸೋವಿಯತ್ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಇಡೀ ಜಿಲ್ಲೆ ಯಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಂಡು, ಅದರ ನಿರ್ದೇಶನದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ, ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಮತ್ತು ಸೋಂಕು ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಂಡವು. ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ, ನಗರದ, ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಮತ್ತು ಪ್ರಜಾಸತ್ತೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿವೆ. ಅವುಗಳು ತಮ್ಮ ಪ್ರದೇಶದ ಜನರ ಅಗತ್ಯ ವನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದಲ್ಲದೆ, ಸ್ಥಳೀಯ ಉದ್ಯಮ ಮತ್ತಿತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನೂ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳು ತ್ತವೆ. ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನನುಲಕ್ಷಿಸಿ, ಆರು ವಿವಿಧ ತೆರನಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು ಬೆಳೆದವು. ಪ್ರಾದೇಶಿಕ, ಪ್ರಜಾಸತ್ತೆಯ, ನಗರದ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು ತಮ್ಮ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಕಾರ್ಯಗಳ ಉಸ್ತುವಾರಿಯನ್ನು ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು ಕೆಳಕಂಡ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ :

೧. ರೋಗದ ಹಬ್ಬುವಿಕೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ವಿಧಾನಗಳು. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರತಿ ವರುಷ ಎಲ್ಲ ಸೂತ್ರಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿದ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿ, ಕ್ಷಯ ರೋಧಕ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಜನಾಂಗದಲ್ಲಿ ಪಡೆಯಬೇಕಾದವರ ಮತ್ತು ಬೇಡಾದವರನ್ನು

(ಬಿ. ಸಿ. ಜಿ. ಚುಚ್ಚುವಿಕೆ) ಏರ್ಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ರೋಗವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ದೆಶೆಯಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸುವ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ನಿವಾರಣಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು (ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹೊರ ರೋಗಿ ವಿಭಾಗಗಳು, ಬೇರೆ ಉದ್ಯಮಗಳಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಹೆರಿಗೆ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಮಕ್ಕಳ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು) ಈ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿ ಸಹಕರಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಕಾರ್ಯದ ವಿಸ್ತರಣೆ, ವೃತ್ತಿ ಮತ್ತು ಜೀವನ ಮಟ್ಟದ– ಅದರಲ್ಲೂ ಜೀವಾಣು ವಿಸರ್ಜಕ ರೋಗಿಗಳ– ಸುಧಾರಣೆ, ಹೊಸ ಕಾರ್ಯ ಕರ್ತರ ತರಬೇತಿ, ವೃತ್ತಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ಶಿಬಿರಗಳು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಕಾಪಾಡುವಿಕೆಯ ಪ್ರಚಾರ ಮತ್ತು ರೋಗದಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವವರಿಗೆ ವೃತ್ತಿಯ ಪುನರ್ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಅಡಕವಾಗಿವೆ.

೨. ಪಿಡುಗು ನಿವಾರಣಾ ಕೇಂದ್ರಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಹಕರಿಸಿ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸುಧಾ ರಣೆಯ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಸೋಂಕು ರೋಗಗಳ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳುವುದು. ಆ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಜಿಲ್ಲೆಯ ದಾದಿ (ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆಯಾದರೂ) ಯು ತಪ್ಪದೇ ಭೇಟಿ ನೀಡಿ ಸೋಂಕು ನಿವಾರಣೆಯ ಕಾರ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಸೂಚನೆ ನೀಡಿ ಅದನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿ ಸುವಳಲ್ಲದೆ, ಸೋಂಕುರೋಧಕಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿ, ರೋಗದ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿದವ ರನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಕರೆತರುವಳು. ಆ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಕಾರ್ಯಗಳಿ ಗಾಗಿ, ಜಿಲ್ಲೆಯ ಕ್ಷಯರೋಗ ತಜ್ಞರು ಭೇಟಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳ ಕಾರ್ಯರಂಗದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಒಂದು ಮುಖ್ಯವಾದ ಅಂಗ. ಕ್ಷಯದಿಂದ ನರಳುವ ಎಲ್ಲ ವಯಸ್ಕರ ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ದಾಖಲಾತಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳು ವುದು ಹಾಗೂ ತನ್ನಲ್ಲಿರುವ ವಿಶೇಷ ವಿಭಾಗಗಳ ಮೂಲಕ ಅಗತ್ಯವಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವುದು ಅದರ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿದೆ. ಆದರೂ, ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳು, ಆ ರೋಗದ ವಿಶೇಷ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಾಗಲೀ ಇಲ್ಲವೆ ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯ ಗಳಲ್ಲಾಗಲೀ, ಈ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳ ಬೇಡಿಕೆಯಂತೆ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಈ ತೆರ ನಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಹಿಂಬಾಲಿಕೆಗಳು ಒಂದರ ನಂತರ ಮತ್ತೊಂದು ಸಂಸ್ಥೆ ಯಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಜರುಗುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ (ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯ– ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಸ್ಯಾನ ಟೋರಿಯಂ– ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯ). ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯರಂಗದಲ್ಲಿ ಉದ್ಯೋಗದ ಸ್ಥಿತಿ ಗತಿಗಳು, ತಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗ ಅಥವಾ ಅದರ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಬದಲಿಸಬೇಕಾದ ರೋಗಿ ಗಳ ಕಾರ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡುವುದೂ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿದೆ.

ಎಲ್ಲ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳ ದಾಖಲೆಗಳು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲಶ್ರುತಿ, ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಗಳ ಪರಿಶೀಲನೆ– ಇವು

ಗಳು ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಅಳವಡಿಸಿದ ವಿಧಾನಗಳ ಯೋಗ್ಯತೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತವೆ.

ಅದೇ ರೀತಿ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು ರೋಗಿಯೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿದ ಎಲ್ಲರ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಅವರೆಲ್ಲರನ್ನೂ ಮುಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಪುನರಪಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ ವಾತಾವರಣದ ಬಗ್ಗೆ ಸೂಚನೆಗಳು ಮತ್ತು ಹೊಸ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವುದಕ್ಕೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು– ರೋಗವು ಪಿಡುಗು ರೂಪ ಧರಿಸುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಹೊಂದಬಹುದಾದ ಜನಾಂಗವೆಂದು ಮಕ್ಕಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿಶೇಷ ಆಸ್ಥೆಯನ್ನೂ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಪ್ರತಿ ವರುಷ ಎಳೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ರೋಗವನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಆ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ನಾಲ್ಕು ವರುಷದ ವರೆಗೂ ವರುಷದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಬಾರಿ ಬಳಸಲಾಗುವುದು. ತುಂಬಾ ಬಲಹೀನವಾದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯದ ಆಶ್ರಯದಲ್ಲಿ ಹಗಲು ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂಗಳನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಅನೇಕ ಕಿಂಡರ್‌ಗಾರ್ಟನ್‌ಗಳು, ನರ್ಸರಿಗಳು, ಮಕ್ಕಳ ಗೃಹಗಳು, ಮಕ್ಕಳ ಕಲಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿನ ಮಕ್ಕಳು ಸದಾ ಲಕ್ಷ್ಯದಲ್ಲಿರುತ್ತಾರೆ. ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಎಲ್ಲ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ರೋಗವು ಪ್ರಭಾವಹೀನಗೊಳ್ಳುವ ವರೆಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂಗಳಲ್ಲಿ ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಇರಿಸಲಾಗುವುದು.

ಬಾಲ್ಯ ಕ್ಷಯವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಂತಹ ನರ್ಸರಿಗಳು, ಕಿಂಡರ್‌ಗಾರ್ಟನ್‌ಗಳು, ಅರಣ್ಯ ಶಾಲೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು, ಕ್ಷಯರೋಗ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿನ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಬೋರ್ಡಿಂಗ್ ಶಾಲೆಗಳನ್ನು ರಚಿಸುವುದು ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ.

ತನ್ನ ಕಾರ್ಯರಂಗವನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯದ ರಚನೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡವರಿಗೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ವಿಭಾಗಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಎಲ್ಲ ತೆರನಾದ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಪರಿಣತ ವೈದ್ಯ (ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕೀಲು, ಗಂಟಲು ಮೊದಲಾದ) ರಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಪ್ರಯೋಗಶಾಲೆಗಳಂತಹ ರೋಗ ನಿದಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು

ಆಯಾ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು, ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯರೋಗ ತಜ್ಞ ೩೦,೦೦೦ ದಿಂದ ೩೫,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡುತ್ತಾನೆ. ಪ್ರತಿ ಎರಡು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೊಂದರಂತೆ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಸ್ಥೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಬಾಲ್ಯ ಕ್ಷಯರೋಗ ತಜ್ಞನು ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಯನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಾನೆ. ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ನಿರೋಧಕ ಕೇಂದ್ರಗಳೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೧೨

ಆರೋಗ್ಯ ವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ, ಇಂದು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ತುಂಬಾ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಯೋಗ್ಯ ವಿಧಾನದ ಅನುಸರಣೆ ಮತ್ತು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಇಂದು ರೋಗದಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸಕನಿಗೆ ಇಂದು ಅನೇಕ ರೀತಿಯ ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿ ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳು ಮತ್ತು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಔಷಧಗಳು, ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯ ವಿವಿಧ ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತವೆ. ಇವೆಲ್ಲ ಇದ್ದರೂ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯಶಸ್ಸು ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ಆಯ್ದು ಅಳವಡಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯವೃದ್ಧಿಯ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಯೋಗ್ಯ ಆಹಾರದ ಉಪಯೋಗವನ್ನವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಅವುಗಳು ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಿ, ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತವೆ.

ಯೋಗ್ಯ ತೆರನಾದ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತ, ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆಯ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯಶಸ್ಸಿಗೆ ನಾಂದಿಯಾಗುವುದು. ರೋಗವು ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರದಾದಾಗ, ರೋಗದಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಾಗ ಮತ್ತು ವೃತ್ತಿಯ ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ಪುನಃ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವಾಗ, ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೆ ಅದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ದೊರೆತ ಲಾಭವನ್ನು ವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸುವುದು.

ರೋಗಿಯನ್ನು ಸದೃಢಗೊಳಿಸಲು ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ಕೊಡಮಾಡಿದ ಆರೋಗ್ಯ ವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಹಾರದ ಸೇವನೆಯ ವಿಧಾನಗಳು ಕೆಳಕಂಡ ಅಂಶಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿರುತ್ತವೆ :

೧. ರೋಗಿಯ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಕಾಲವನ್ನನುಸರಿಸಿ ಮನೆಯೊಳಗೆ ವೆರಾಂಡಾದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಹೊರಗೆ ಹಿತಕರ ಹವೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ.

೨. ರೋಗದ ಹಂತ, ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ರೋಗಿ ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು (ವಯಸ್ಸು, ರೋಗದ ರೀತಿ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಹಂತ)

ಮತ್ತು ಇತರ ರೋಗಗಳ ಇರುವಿಕೆ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಸಿಹಿ ಮೂತ್ರ ರೋಗ, ಗುರಾಣಿ ಗ್ರಂಥಿಯ ವಿಶೇಷ ರಸಸ್ರಾವ, ಅಪಚನದ ಗುಣಲಕ್ಷಣ ಗಳು ಮತ್ತಿತರ) ಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಆಹಾರ.

೩. ವ್ಯಾಯಾಮ ಮತ್ತು ಹವಾ ಸೇವನೆ : ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುವ ವಿಧಾನವನ್ನನುಸರಿಸಿ, ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಉಷ್ಣತೆಯನ್ನು ತಾಳುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಬೆಳೆಸಬೇಕು; ಜಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಬೆಳಗ್ಗೆ ತಣ್ಣೀರಿನಿಂದ ಮೈಯೊರೆಸುವುದು ಮತ್ತು ರೋಗ ಹಿಡಿತಕ್ಕೆ ಬಂದ ಮೇಲೆ ಉಷ್ಣತೆ ಗನುಸರಿಸಿ ತುಂತುರು ಸ್ನಾನ, ಅನಂತರ ವಿಶ್ರಾಂತಿ.

ಇವುಗಳಲ್ಲದೆ ಕ್ಷಯರೋಗಿಯು ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂತ್ರಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಪಾಲಿಸಿ ತನ್ನಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಬೇಕು.

ಹವಾ ಸೇವನೆ

ಎಲ್ಲ ತೆರನಾದ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತೊಡೆದು ಹಾಕುವಲ್ಲಿ ಹವಾ ಸೇವನೆ ಮುಖ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗವು ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಿರುವಾಗ ಅದು ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲ, ನಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿ ಮತ್ತು ಇತರ ದೈಹಿಕ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಜೀವಸ್ತುಕರಣದ ಅನಂತರ ವಿಸರ್ಜಿಸುವ ಜೀವಿಷ ಮತ್ತು ಅಂಗ ಭಾಗಗಳ ಕೊಳೆತದ ಪ್ರಭಾವ ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಬೀರಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಉರಿತ ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ವ್ರಣದಿಂದ ಹೊರಬರುವ ಜೀವಿಷ ಪದಾರ್ಥಗಳು ನರಮಂಡಲದ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿ, ದೈಹಿಕ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಉಂಟು ಮಾಡಿ ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ಕ್ಷಯರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳೊಡನೆ ಹೃದಯ-ರಕ್ತನಾಳ ಕಾರ್ಯಗಳು ಕುಂಠಿತಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ; ರಕ್ತ ಒತ್ತಡ ಇಳಿಯುತ್ತದೆ; ನಾಡಿಬಡಿತ ತೀವ್ರಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಕೊರತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರವಾಗುತ್ತವೆ. ಆದುದರಿಂದಲೇ ಆಹ್ಲಾದಕರ ಹವಾ ಸೇವನೆಗೆ ಅಷ್ಟು ಮಹತ್ವವನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ಅದು ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸುವುದಲ್ಲದೆ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಹವಾ ಸೇವನೆಯು ಉಸಿರಾಟವನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ತರುತ್ತದೆ. ಅದು ಹಸಿವೆ ಮತ್ತು ನಿದ್ದೆಯ ಮೇಲೆ ಹಿತಕರ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಿ ದೇಹಕ್ಕೆ ಚೇತನವನ್ನು ನೀಡುವುದು. ಐ. ಪಿ. ಪಾವ್‌ಲೋವ್ ಆಹಾರದ ಮೇಲೆ ತನ್ನ ವಿಚಾರಗಳ ಉಪನ್ಯಾಸವನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುವಾಗ, ಹೇಳಿದ ಮಾತುಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ನೆನಪಿಸಿಕೊಳ್ಳ

ವುದು ಅಪ್ರಸ್ತುತವೆನಿಸಲಾರದು. ಆತನ ವಿಚಾರದಂತೆ ಉಸಿರಾಟದ ಮೂಲಕ ಸೇವಿಸಿದ ಆಮ್ಲಜನಕವು ಆಹಾರದ ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ಭಾಗವಾಗಿದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗ ಮತ್ತು ಅದರ ಜೀವಿಷದ ಫಲವಾಗಿ ಅನಿಲಗಳ ವಿನಿಮಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವುಂಟಾಗುತ್ತದೆ (ದೇಹ ಮತ್ತು ಒಳಗಿನ ಉಸಿರಾಟ ಕ್ರಿಯೆ). ತೀವ್ರ ತೆರನಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಕೊರತೆಯನ್ನು ನಾವು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲಜನಕಪೂರಿತ ಹವೆಯ ಮಹತ್ವವನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಸೋವಿಯತ್ ಕ್ಷಯ ರೋಗ ತಜ್ಞರಾದ ವಿ. ಎ. ವೊರೋಬ್ಯೆಯೊವ್ ತೋರಿಸಿದಂತೆ, ಬಯಲಿನಲ್ಲಿ ಕಳೆಯುವ ಸಮಯ ದೇಹವನ್ನು ಸದೃಢಗೊಳಿಸಿ, ಉಷ್ಣತೆಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ವಿರುದ್ಧ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದು.

ಚುರುಕುತನ ತೋರಿಸುವ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಸರ ಬೇಕು. ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ರೋಗದ ಉಲ್ಬಣ ಸ್ಥಿತಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸುವ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಇನ್ನು ಕೆಲವರು ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿರಬೇಕಾಗುವುದು. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಗೂ ಅಲ್ಲಿರಬೇಕಾದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಆಗುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಸರಕಾರವೇ ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ಹೊರುವುದು. ಸ್ಯಾನಿಟೋರಿಯಂಗಳು ಹಿತಕರ ಹವಾ ಸೇವನೆಗೆ ಯೋಗ್ಯ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿಕೊಡುತ್ತವೆ. ರೋಗವು ಚುರುಕಾಗಿದ್ದಾಗ, ರೋಗಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಅಗತ್ಯ. ರೋಗ ತೀವ್ರವಿದ್ದಾಗ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ವಿಶ್ರಾಂತಿ; ಅನಂತರ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿರುವಿಕೆ. ವಸತಿ ಗೃಹದಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯ ಚಲನೆ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವುದು ಬಹು ಮುಖ್ಯ (ಉಷ್ಣ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ತೆರೆದ ಕಿಟಕಿಗಳು). ಅನಂತರ ರೋಗಿಯು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ ಕಾಲ ಹೊರಗಿನ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿರಬೇಕು. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಅಚ್ಚುಕಟ್ಟಾದ ವೆರಾಂಡಾಗಳಲ್ಲಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯಬೇಕು. ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರಾಗಿ ಚಲನೆ ಮತ್ತು ತಿರುಗಾಟ, ನಿಧಾನವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿಗೊಳಿಸುವ ವ್ಯಾಯಾಮ– ಉದಾಹರಣೆಗೆ ತೋಟದಲ್ಲಿನ ಸುಲಭ ಕೆಲಸ– ಉಪಯುಕ್ತ.

ರೋಗವು ಹಿಡಿತಕ್ಕೆ ಬಂದ ಮೇಲೆ, ದೈಹಿಕ ತರಬೇತಿ ಯೋಗ್ಯವಾದುದು. ಚಿಕಿತ್ಸಕನ ಸೂಚನೆಯಂತೆ ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಉಸಿರಾಟದ ವ್ಯಾಯಾಮ ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಸೂಚಿಸುವ ಯಾವುದೇ ತೆರನಾದ ಚಲನವಲನಗಳು ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಭಾವ ಹೊಂದಿದ್ದರೂ, ಅವು ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಾದಾಗ ಕ್ಷಯದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ವಿಸ್ತೃತಗೊಳಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿರುವುದು ಅಗತ್ಯ.

ದಿನದ ೨೪ ಘಂಟೆಗಳೂ ಹೊರಗಿನ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿಯೇ ಕಾಲ ಕಳೆಯುವುದು ಯೋಗ್ಯವಾದರೂ, ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಬೇಸಿಗೆ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಕೈಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ವಾಯು ಸೇವನೆಯನ್ನು ತೋಟ ಮತ್ತು ಕಾಡುಗಳಲ್ಲಿನ ತಿರುಗಾಟದಿಂದ ಇಲ್ಲವೆ ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿ ವಿಶಿಷ್ಟವಾಗಿ ರಚಿಸಿದ ವೆರಾಂಡಾಗಳಲ್ಲಿ ಓಡಾಡುವುದರಿಂದ ಮಾಡಬಹುದು. ರೋಗಿಯ ವಾರ್ಡ್‌ನಿಂದ ವೆರಾಂಡಾಕ್ಕೆ ನೇರ ಸಂಪರ್ಕವಿರುವುದನ್ನು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹುದು. ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ವೆರಾಂಡಾದಲ್ಲಿ, ಇನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ– ಈ ತೆರನಾಗಿ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿನ ರೋಗದ ವಿಧ ಮತ್ತು ಅದರ ಹಂತವನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ ಸೂಚಿಸಲಾಗುವುದು. ಗೊತ್ತುಪಡಿಸಿದ ಸಮಯಕ್ಕೆ ರೋಗಿಯು ಹಾಸಿಗೆಗೆ ಮರಳಬೇಕು.

ರೋಗವು ಹಿಡಿತಕ್ಕೆ ಬರತೊಡಗಿದಂತೆ ವೆರಾಂಡಾದಲ್ಲಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಸೂಚನೆ ನೀಡಲಾಗುವುದು. ರೋಗವು ತೀವ್ರತೆರನಾಗಿದ್ದಾಗ ಒಳಗಿದ್ದು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಪಡೆಯಬೇಕು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ಕ್ರಮವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಅದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುವುದು.

ಪೂರಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು

ರೋಗದ ಹಂತ (ತೀವ್ರತೆ, ಉಲ್ಬಣ ಸ್ಥಿತಿ, ಚಟುವಟಿಕೆಯಿಲ್ಲದ) ವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಮೂರು ತೆರನಾದ ಪೂರಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿವೆ :

೧. ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಶ್ರಾಂತಿ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ವಿಶ್ರಾಂತಿ.

೨. ರೋಗವು ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತ ಸಾಗಿದಂತೆ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಮತ್ತು ಹವಾ ಸೇವನೆ : ವೆರಾಂಡಾದಲ್ಲಿ ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳುವುದು, ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರದ ತಿರುಗಾಟ.

೩. ರೋಗವು ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ಮೇಲೆ– ದಿನವೂ ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗುವ ವ್ಯಾಯಾಮ, ದೈಹಿಕ ತರಬೇತಿ, ಹವಾ ಸೇವನೆ.

ಈ ತೆರನಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು, ವಿಶ್ರಾಂತಿಯಿಂದ ಮೆಲ್ಲಗೆ ವೃತ್ತಿಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಕೊಂಡೊಯ್ಯುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚುವರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಾಯಾಮವನ್ನು

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಾಗ ಮತ್ತು ವೃತ್ತಿಗೆ ಮರಳಿ ಹೋದ ಮೇಲೆ ಅದಕ್ಕೆ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವಾಗ, ಕೊಡಲಾಗುವುದು.

ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಉಲ್ಬಣಿಸಿದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಪೂರಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ತೀವ್ರ ತೆರನಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾದ ಪುಪ್ಪುಸ ಉರಿ, ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗ, ಹಿಂದೆ ನಾರಿನಂತೆ ಇಲ್ಲವೆ ನಾರೆಳೆಯಿಂದ ಕೂಡಿ ಪೊಳ್ಳಾದ ವ್ರಣಗಳು ಮರುಕಳಿಸಿದ ಸ್ಥಿತಿ, ಕ್ಷಯದಿಂದ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸ ಹಾಗೂ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ– ಈ ತೆರನಾದ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯಲು ಸೂಚಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ತೆರನಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ಜ್ವರವಿದ್ದಾಗ ಮತ್ತು ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ (ಜ್ವರ, ರಾತ್ರಿ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಬೆವರು, ಸುಸ್ತು ಮೊದಲಾದ) ಅಳವಡಿಸಬೇಕು. ಅಲ್ಲದೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯು ರಕ್ತ ಕಫ ಉಂಟಾದಾಗ, ಏಕಾಏಕಿಯಾಗಿ ಎದೆಗಾಳಿಯುಂಟಾದಾಗ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ನೋವು ಮತ್ತಿತರ ತೊಡಕುಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ ತುಂಬಾ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದು, ಅದನ್ನು ಕೂಡಲೇ ನೀಡಬೇಕು.

ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳ ವಿಶಿಷ್ಟ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನುಲಕ್ಷಿಸಿ ನಿರ್ಮಿಸಿದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ರೋಗಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುವುದು. ರೋಗಿಯನ್ನು ಸಮಶೀತೋಷ್ಣ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿರಿಸಿ, ಆಹ್ಲಾದಕರ ಹವೆಯ ನಿರಂತರ ಆಗಮನದತ್ತ ಲಕ್ಷ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯ ಅಗತ್ಯಕ್ಕನುಸರಿಸಿ ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರವನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು.

ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳ ವಿಶಿಷ್ಟ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ರೋಗಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುವುದು. ರೋಗಿಯನ್ನು ಸಮಶೀತೋಷ್ಣ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿರಿಸಿ, ಆಹ್ಲಾದಕರ ಹವೆಯ ನಿರಂತರ ಆಗಮನದತ್ತ ಲಕ್ಷ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯ ಅಗತ್ಯಕ್ಕನುಸರಿಸಿ ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರವನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು.

ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲೂ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ, ಚರ್ಮದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಹಾಸಿಗೆಯ ಚೊಕ್ಕಟತನದತ್ತ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಗಮನ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಉಷ್ಣತೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಒರತೊಡಗಿದಂತೆ, ದೇಹವನ್ನು ಸ್ಪಂಜಿನಿಂದ ಒರಸತೊಡಗಿದರೆ ಚೇತೋಹಾರಿಯಾಗಿರುವುದು. ಅದಕ್ಕೆ ಕೊಠಡಿಯ ಉಷ್ಣತೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾದ

ನೀರನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು. ಆ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಕೈಗಳಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕು. ಆ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಕೈಗಳಿಂದ ಮೊದಲುಮಾಡಿ, ಅನಂತರ ಎದೆ, ಹೊಟ್ಟೆ, ಕಾಲುಗಳು ಮತ್ತು ಬೆನ್ನಿಗೆ ಬರಬೇಕು. ಸ್ಪಂಜನ್ನು ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಬೇಕು. ಅನಂತರ ಕನಿಷ್ಠಪಕ್ಷ ೨೦ ನಿಮಿಷವಾದರೂ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಅಗತ್ಯ.

ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆಯಲ್ಲಿ ಮಿತಾಹಾರವನ್ನು ಕೊಟ್ಟರೂ, ಶಕ್ತಿಯ ವ್ಯಯವನ್ನು ಅದು ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ಶಕ್ಯವಿರಬೇಕು. ಕರುಳಿನ ಕಾರ್ಯ ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಜರುಗುವತ್ತ ವಿಶೇಷ ಗಮನವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ತರಕಾರಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಮಲಬದ್ಧತೆಯುಂಟಾಗುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬೇಕು. ಆಹಾರವು ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದ ಪೂರಕ ಕ್ರಮವಾಗಿದೆ. ಅಳತೆಗೆಟ್ಟು ಊಟ ಮಾಡುವುದು ಸಲ್ಲದು. ದಿನದಲ್ಲಿ ನಾಲ್ಕೈದು ಚಿಕ್ಕ ಚಿಕ್ಕ ಊಟ–ಉಪಾಹಾರಗಳು. ಸಾಕು.

ರೋಗದ ನಿಶ್ಚಲತೆ ಮತ್ತು ಅಸಂಪೂರ್ಣ ಚೇತರಿಕೆ

ಅನೇಕರಲ್ಲಿ ಚೇತರಿಕೆಯಿನ್ನೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿಲ್ಲದಿರುವಾಗ ನರದೌರ್ಬಲ್ಯ, ಸುಸ್ತು ಮತ್ತು ರಕ್ತ ಒತ್ತಡದ ಇಳುವರಿ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಸಿಗೆ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯಿಂದ ವೆರಾಂಡಾಕ್ಕೆ ನಿಧಾನ ಗತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಪಾಟು ಮಾಡುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಈ ಕ್ರಮದಿಂದ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಚಟುವಟಿಕೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ, ಆಹಾರ ಪಚನ ಕ್ರಿಯೆ ವೃದ್ಧಿಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಿದ್ದೆ, ಹಸಿವೆ ಯೋಗ್ಯತೆರನಾಗುತ್ತವೆ. ಜ್ವರವಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ, ರೋಗಿಯು ಹೊರಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ತಿರುಗಾಟವನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು. ಅವರಲ್ಲಿ ಉಷ್ಣತೆ ಹಾಗೂ ನಾಡಿಬಡಿತದ ವಿವರವನ್ನು ಸದಾ ಪಡೆಯುತ್ತಿರಬೇಕು.

ಚೇತರಿಸಿದ ಮೇಲೆ ವ್ಯಾಯಾಮ

ರೋಗಿಯು ಚೇತರಿಸಿ ಗುಣಮುಖನಾದಾಗ ವ್ರಣಗಳು ಮಾಯ್ದು ನಿಶ್ಚಲವಾಗುವುದರಿಂದ, ಸಾಮಾನ್ಯ ದೈಹಿಕ ವ್ಯಾಯಾಮ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಆಗ ಉಷ್ಣತೆಯ ಏರಿಕೆ ಅಥವಾ ವಿಪರೀತ ಸುಸ್ತಾಗಲೀ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯ ವ್ಯಾಯಾಮ ಕೊಡುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಮತ್ತು ವ್ಯಾಯಾಮವನ್ನು ಒಂದರ ನಂತರ ಮತ್ತೊಂದಂತೆ ಕೈಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ನೀಡಲೂ ಸಾಧ್ಯ. ರೋಗಿಯು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ೧೫–೨೦ ನಿಮಿಷಕಾಲ ತಿರುಗಾಡಬಹುದು. ಅದನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸಿ ದಿನಕ್ಕೆ ಒಂದೆರಡು ಘಂಟೆಗಳ ವರೆಗೆ ಸಂಚರಿಸಬಹುದು. ಸರಿಯೆನಿಸಿದ ಕಡೆ ಕೆಲವರು ತೋಟದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬಹುದು. ಆದರೂ ತಿರು

ಗಾಟ ಅಥವಾ ವ್ಯಾಯಾಮದ ನಂತರ ಉಷ್ಣತೆ ಏರಿದರೆ ಈ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ, ವ್ಯಾಯಾಮ ಮತ್ತು ವಿಶ್ರಾಂತಿಯ ಕಾಲ ಒಂದರ ನಂತರ ಮತ್ತೊಂದರಂತಿರಬೇಕು. ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದಲು ತೆರೆದ ವೆರಾಂಡಾದಲ್ಲಿ ದಿನಕ್ಕೆ ನಾಲ್ಕೈದು ಘಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ಮಲಗಿ ವಿಶ್ರಮಿಸುವುದು ಬಹು ಮುಖ್ಯ.

ವೃತ್ತಿಗೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ

ರೋಗದಿಂದ ಗುಣ ಹೊಂದಿದಂತೆ, ರೋಗಿಯು ವೃತ್ತಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅವನ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುವುದು. ಆ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅವನು ಔಷಧಾಲಯದ ನಿಗದಲ್ಲಿರುವನು. ಅವನಿಗೆ ಯೋಗ್ಯ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅದನ್ನು ಬದಲಿಸಲೂ ಬೇಕಾಗುವುದು. ರೋಗದಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಮುಕ್ತನಾದ ಮೇಲೆ ತನ್ನ ಮೊದಲಿನ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ರೋಗಿಯು ಹೋದರೂ ಔಷಧಾಲಯದ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಸರು ನೋಂದಾಯಿಸಿರುತ್ತದೆ.

ಆಹಾರ

ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳ ಆಹಾರವು ಅನೇಕ ತೆರನಾದ ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶಗಳನ್ನು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡು, ದೇಹದಲ್ಲಿ ರೋಗ ಮತ್ತು ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ಅಧಿಕ ಶಕ್ತಿವ್ಯಯದ ಪೂರೈಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಲು ಶಕ್ತವಾಗಿರಬೇಕು. ಮೂಲಭೂತ ಆಹಾರವು ಪ್ರಾಣಿ ಮತ್ತು ಸಸ್ಯಜನ್ಯ ಪದಾರ್ಥಗಳು, ಖನಿಜಗಳು ಮತ್ತು ಜೀವಸತ್ವವನ್ನೊಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು.

ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರವು ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಸಾರಜನಕ ಪದಾರ್ಥಗಳು ಕೊಬ್ಬು ಮತ್ತು ಶರ್ಕರ ಪಿಷ್ಟಾದಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಅನೇಕ ತೆರನಾದ ಜೀವಸತ್ವಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿರಬೇಕು. ಯೋಗ್ಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುವ ಜೀವಸತ್ವಗಳು ಆಹಾರದ ಮುಖ್ಯ ಅಂಗಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಉಪಯೋಗ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ದಿನಕ್ಕೆ ದೇಹದ ಪ್ರತಿ ಕಿಲೋಗ್ರಾಂ ತೂಕಕ್ಕೆ ಸರಾಸರಿ ೨ ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರೋಟೀನ್ ೧.೫ ರಿಂದ ೨ ಗ್ರಾಂ ಕೊಬ್ಬು, ಮತ್ತು ೭ ಗ್ರಾಂ ಶರ್ಕರ ಪಿಷ್ಟ ವಸ್ತುಗಳು ಅಗತ್ಯ.

ಅಲ್ಲದೆ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧಗೊಳ್ಳದ ಫಿನೈಲ್ ಅಲನಿನ್, ಟ್ರಿಪ್ಟೊಫೇನ್, ಮೆಥೈಯೊನಿನ್ ಮುಂತಾದ ಅಮೈನೋ ಆಮ್ಲಗಳನ್ನು ಪ್ರೋಟೀನ್ ವಸ್ತುಗಳು ಹೊಂದಿರ

ಬೇಕು. ಪ್ರೋಟೀನ್ ವಸ್ತುಗಳು ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಉಷ್ಣತೆಯ ಉತ್ಪಾದನೆಯ ನೂರಕ್ಕೆ ೧೫ ರಿಂದ ೨೦ ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರಬೇಕು. ಕ್ಷಯರೋಗಿಗೆ ೩೦೦೦ ದಿಂದ ೪೦೦೦ ಕ್ಯಾಲರಿ ಶಕ್ತಿ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದು, ಅದು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಯಸ್ಸು, ಲಿಂಗ, ರೋಗದ ವಿಧ ಮತ್ತು ಹಂತ ಹಾಗೂ ತೂಕದ ಇಳುವರಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ.

ರೋಗದ ಗತಿ ತೀವ್ರಗೊಂಡಾಗ ಮತ್ತು ಅದು ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗ ಜ್ವರದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನವಲಂಬಿಸಿ, ಶಕ್ತಿಯ ಮತ್ತು ಪ್ರೋಟೀನ್‌ಗಳ ನಾಶ ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಜ್ವರ ಇರುವಾಗ ಮತ್ತು ತೂಕದ ಇಳುವರಿ ಹೆಚ್ಚಾದಾಗ ದೇಹವು ಪ್ರೋಟೀನನ್ನು ಸಂಚಯಿಸುತ್ತದೆ. ಆಗ ಪ್ರೋಟೀನ್‌ಗಳ ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯು ನ್ಯೂನ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಸೇವಿಸಿದ ಆಹಾರ ದಂತೆಯೇ ಅದರ ಪಚನ ಕ್ರಿಯೆಯೂ ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಪ್ರೋಟೀನ್‌ಗಳ ಸಾರ ಹೀರಿಕೆಯು ಆಹಾರದಲ್ಲಿನ ಜೀವಸತ್ವಗಳ ವಿಪುಲತೆಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿರುವುದನ್ನು ಪುನರಪಿ ಒತ್ತಿ ಹೇಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ರೋಗಿಯು ದಿನವೂ ೧೨೦ ರಿಂದ ೧೩೦ ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರೋಟೀನ್‌ಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಬೇಕು. ಅದರಲ್ಲಿನ ಅರ್ಧ ಪ್ರಮಾಣವಾದರೂ ಪ್ರಾಣಿ ಜನ್ಯವಾಗಿರಬೇಕು.

ರೋಗಿಯು ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕೊಬ್ಬನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದು ಯೋಗ್ಯ ವಲ್ಲ. ರೋಗಿಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣವು ದಿನಕ್ಕೆ ೭೦ ರಿಂದ ೧೦೦ ಗ್ರಾಂ. ನಷ್ಟಿರಬೇಕು. ಆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿನ ಸೇವನೆಯು ತೂಕದ ಇಳುವರಿ ಯನ್ನು ದೂರ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುವುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಕೊಬ್ಬಿನಲ್ಲಿ ಎ ಮತ್ತು ಡಿ ಜೀವಸತ್ವಗಳು ಅಡಕವಾಗಿವೆ. ಮುಖ್ಯ ತೆರನಾದ ಕೊಬ್ಬು, ಬೆಣ್ಣೆ, ಲಿನೋಲಿಕ್ ಮತ್ತು ಲಿನೋಲಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲಗಳಂತಹ ಅಸಂತೃಪ್ತ ಕೊಬ್ಬಿನ ಎಣ್ಣೆಗಳನ್ನು ಸೂರ್ಯ ಕಾಂತಿ ಎಣ್ಣೆಯು ಹೊಂದಿದ್ದು ಆ ತೆರನಾದ ಸಸ್ಯಜನ್ಯ ಕೊಬ್ಬು ಅಗತ್ಯ.

ಶರ್ಕರ ಪಿಷ್ಟ ವಸ್ತುಗಳ ಗೊತ್ತುಪಡಿಸಿದ ಪ್ರಮಾಣವು ೪೦೦ ರಿಂದ ೫೦೦ ಗ್ರಾಂ. ಅದು ಆಹಾರದ ಅಮೂಲ್ಯ ಅಂಶವಾಗಿದ್ದು ಅದರ ಅಗತ್ಯವು ವೃತ್ತಿಗೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವೆನಿಸಿದೆ. ದ್ರಾಕ್ಷಾಸಕ್ಕರೆಯು ನರಮಂಡಲಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಶರ್ಕರ ಪದಾರ್ಥವೆಂಬ ಅಂಶ ಎಲ್ಲ ಕಡೆಯೂ ಪ್ರಚಲಿತ ವಿದ್ದು ಅದು ಆಮ್ಲಜನಕವನ್ನು ಪೂರೈಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಪಿಷ್ಟ ವಸ್ತುಗಳ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರಮಾಣದ ಸೇವನೆಯು ಯೋಗ್ಯವಲ್ಲ. ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಶರ್ಕರ ಪಿಷ್ಟದ ಸೇವನೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದು ಎರಡು ಮೂರು ವಾರ ಕಾಲವಾದರೂ, ಅವರ ಉಪಾಹಾರದಲ್ಲಿ ಮೊರಬ್ಬಾ, ಜೇನುತುಪ್ಪದ ಅಂಶಗಳಿರಬೇಕು.

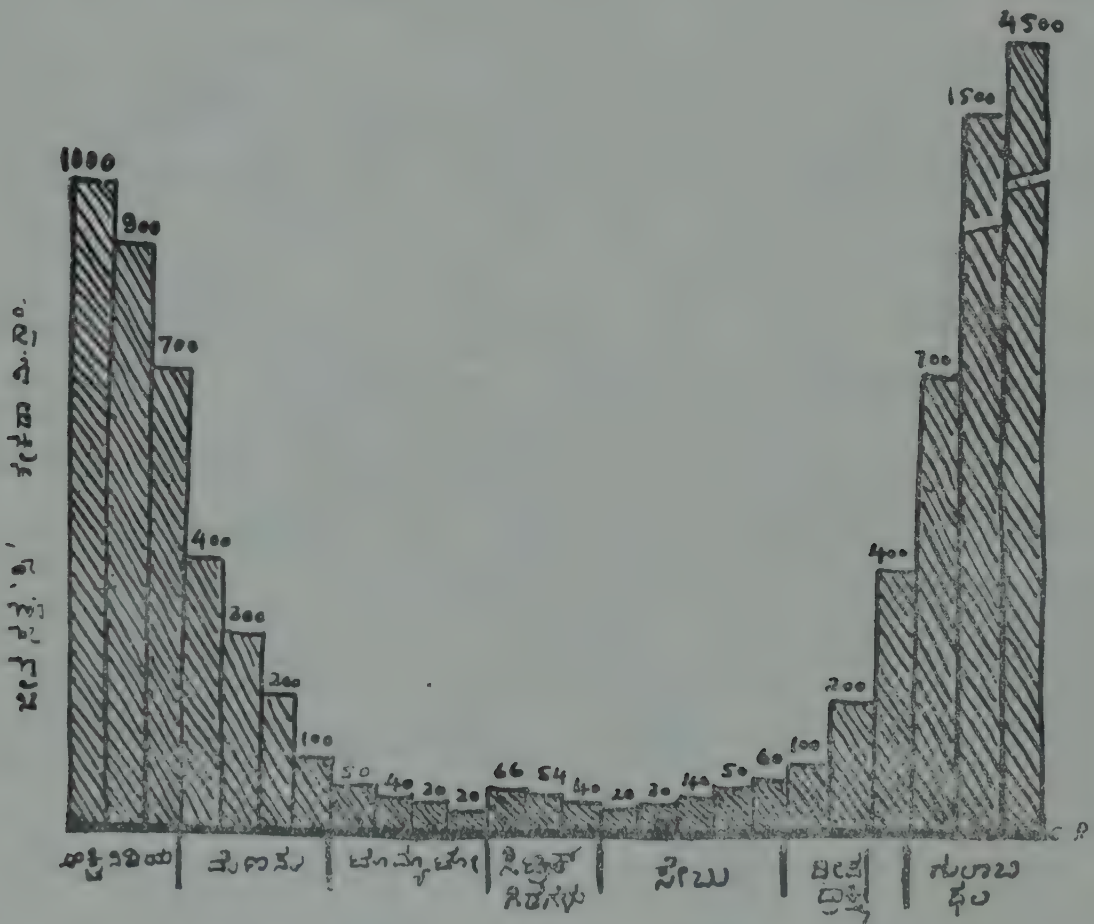
ತರಕಾರಿ ಮತ್ತು ಹಣ್ಣುಗಳು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಜೀವಸತ್ವಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುತ್ತವಲ್ಲದೆ, ಸೋಡಿಯಂ, ಪೊಟ್ಯಾಸಿಯಂ, ರಂಜಕ ಮುಂತಾದ ಖನಿಜ ಲವಣಗಳನ್ನು ದೊರಕಿಸಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಖನಿಜಗಳ ಉಪಯೋಗದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಯವು ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆಯೊಡನೆ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ದೈಹಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಜರುಗಲು ಖನಿಜಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಸಮನಾಗಿರಬೇಕು. ಅದು ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ತರಕಾರಿ ಮತ್ತು ಹಣ್ಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯಿಂದ ಸಾಧ್ಯ. ಜೀವ ಸತ್ವ ಸಿ (ಆಸ್ಕಾರ್ಬಿಕ್ ಆಮ್ಲ) ಎ ಮತ್ತು ಬಿ ಗುಂಪುಗಳು ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದ ಜೀವಸತ್ವಗಳು. ಆಹಾರದಲ್ಲಿನ ಈ ಜೀವಸತ್ವಗಳ ಕೊರೆಯನ್ನು ಪರಿಶುದ್ಧವಾದ ಜೀವಸತ್ವಗಳ ಸೇರ್ಪಡೆಯಿಂದ ತುಂಬಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಯಾವುದೇ ಒಂದು ವಸ್ತು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದರೂ ಅದು ಜೀವಸತ್ವಗಳ ಸಮತೋಲನೆಯನ್ನು ಏರುಪೇರಾ ಗಿರಿಸಬಹುದಾದುದರಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ಅನೇಕ ಜೀವಸತ್ವಗಳ ಅನುಪಾನ ಅಗತ್ಯ.

ರೋಗವು ತನ್ನ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಿರುವಾಗ ಸಿ ಜೀವಸತ್ವದ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣವು ೦.೫೫ ರಿಂದ ೦.೮೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ.% ನಷ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ೦.೪೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ.% ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆಯಿರುವುದು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸೂಚನೆಯಾದುದರಿಂದ ಅದು ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಸಿ ಜೀವಸತ್ವದ ಸೇರ್ಪಡೆಯು ಅಗತ್ಯತೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಸಿ ಜೀವಸತ್ವವು ರಕ್ತ ನಾಳಗಳ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ; ಅವುಗಳ ರೋಮ ಛಿದ್ರಗಳ ಮೇಲೆ ಹಿಡಿತವಿಡುತ್ತದೆ. ಅಂತೆಯೇ ರಕ್ತಕಣಗಳ ಸಿದ್ಧತೆ, ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂನ ಬಳಕೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಮೇಲೆ ಅದರ ಪ್ರಭಾವವಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಸ್ಟಿರಾಯ್ಡ ರಸದೂತ ಗಳ ತಯಾರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಸಿ ಜೀವಸತ್ವವು ಯಕೃತ್, ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗದ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿ, ಮತ್ತು ಸ್ರಾವಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಸಿ ಜೀವಸತ್ವದ ಪೂರೈಕೆ ಸದಾ ಕಾಲ ಇರುವುದು ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಕ್ಷಯರೋಗಿ ಯಲ್ಲಿ ಈ ಜೀವಸತ್ವದ ಕೊರತೆಯನ್ನು ತರಕಾರಿಯ ಸೇವನೆಯಿಂದ ದೂರ ಮಾಡಿ ಕೊಳ್ಳಬಹುದು. (ಸಸ್ಯ ಬೆಳೆಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಜೀವಸತ್ವ ಪ್ರಯೋಗಶಾಲೆಯವರು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ರೇಖಾಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ವಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿನ ಸಿ ಜೀವಸತ್ವದ ಪ್ರಮಾಣ ವನ್ನು ತೋರಿಸಲಾಗಿದೆ : ಚಿತ್ರ ೬೪).

ಆಹಾರದ ಪಚನಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿನ ವೈಪರೀತ್ಯವಿದ್ದಾಗ ಕೆಲ ಬಾರಿ ಸಿ ಜೀವಸತ್ವ ವನ್ನು ಆಸ್ಕಾರ್ಬಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಪರಿಶುದ್ಧ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಕೊಡುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಆರೋಗ್ಯ ವಂತ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಸಿ ಜೀವಸತ್ವದ ದೈನಂದಿನ ಅಗತ್ಯ ೫೦ ರಿಂದ ೭೫ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಕ್ಷಯರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಆ ಪ್ರಮಾಣ ೨೦೦ ರಿಂದ ೫೦೦ ಮಿ.ಗ್ರಾಂ ನಷ್ಟಾಗುತ್ತದೆ.

ಬೇರೆ ಸೋಂಕು ರೋಗಗಳಲ್ಲಿಯಂತೆ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಎ ಜೀವಸತ್ವದ ಕೊರತೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅದರ ಕೊರತೆಯು ದೈಹಿಕ ಸುಸ್ತು, ಸಡಿಲಗೊಂಡ ಲೋಳ್ಪರೆ, ಮತ್ತು ದೇಹದ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಇಳುವರಿಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯವಂತ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಎ ಜೀವಸತ್ವದ ದೈನಂದಿನ ಅಗತ್ಯವು ೨೦೦೦ ರಿಂದ ೪೦೦೦ ಯುನಿಟ್‌ಗಳು. ಅದರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ೬೦೦೦ ರಿಂದ ೭೦೦೦ ಯುನಿಟ್‌ಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸೇವನೆ ಅಗತ್ಯ.

ದೇಹಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಎ ಜೀವಸತ್ವದ ಪ್ರಮಾಣದ ಕೆಲವು ಭಾಗವು ಪ್ರಾಣಿಜನ್ಯ ವಸ್ತುಗಳಿಂದ ಸಿದ್ಧರೂಪದಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಹೆಚ್ಚು ಭಾಗವು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಎ ಜೀವಸತ್ವದ ಪೂರ್ವಭಾವಿ ರೂಪವಾದ ಕ್ಯಾರೋಟೀನ್‌ನಿಂದ ಸಿದ್ಧವಾಗು



ಚಿತ್ರ ೬೪ : ಬೇರೆ ಬೇರೆ ತೆರನಾದ ಹಣ್ಣು, ಕಾಯಿ ಮತ್ತು ತರಕಾರಿಯಲ್ಲಿ ಸಿ ಜೀವಸತ್ವದ ಪ್ರಮಾಣ. ೧೦೦ ಗ್ರಾಂ. ಉತ್ಪನ್ನದಲ್ಲಿರುವ ಆಸ್ಕಾರ್ಬಿಕ್ ಆಮ್ಲವನ್ನು ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಂಖ್ಯೆ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ (ಜೀವಸತ್ವ ಪ್ರಯೋಗಶಾಲೆ, ಗಿಡಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಸಮುದಾಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಂತೆ).

ತ್ತದೆ. ಆ ವಸ್ತು ಗಜ್ಜರಿ ಮತ್ತಿತರ ತರಕಾರಿ ಮತ್ತು ಹಣ್ಣುಗಳಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾರೋಟೀನ್ ಎ ಜೀವಸತ್ವದ ಮೂಲ ರೂಪವಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ಅದು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಉತ್ತೇಜನವನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಪುರಾವೆಗಳಿವೆ.

ಜೀವಸತ್ವ ಸಿ ಮತ್ತು ಎ ಯಲ್ಲದೆ ಮೂಳೆಮುರುಟನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಲ್ಲ ಮತ್ತೊಂದು ಮುಖ್ಯವಾದ ಜೀವಸತ್ವ ಡಿ ಯಾಗಿದ್ದು, ಅದು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಮತ್ತು ರಂಜಕದ ವಸ್ತುಗಳ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಾಯಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು. ಆ ಕ್ರಿಯೆಯು ಕ್ಷಯರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಒಂದೆರಡು ದೊಡ್ಡ ಚಮಚೆಯಷ್ಟು ಕಾಡ್ ಲಿವರ್ ಎಣ್ಣೆಯನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಿದರೆ ಅದು ಎ ಜೀವಸತ್ವವನ್ನಲ್ಲದೆ ಡಿ ಜೀವಸತ್ವದ ದೈಹಿಕ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಪೂರೈಕೆಗೊಳಿಸುವುದು.

ಬಿ– ಗುಂಪಿನ ಜೀವಸತ್ವಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಬಿ ೧– ಥೈಯಾಮಿನ್ ಮತ್ತು ಬಿ ೨– ರೈಬೋಫ್ಲೇವಿನ್ ಉಪಯುಕ್ತವಾದವು. ಬಿ ೧– ಜೀವಸತ್ವವು ಶರ್ಕರ ಪಿಷ್ಟ ಮತ್ತು ಪ್ರೋಟೀನ್‌ಗಳ ಜೀವಸ್ತುಕಣ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವುದಲ್ಲದೆ, ಸಕ್ಕರೆ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂನ ಬಳಕೆಗೆ ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡುವುದು. ಆಮ್ಲಜನಕವನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಿ ರಂಜಕೀಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಮತ್ತು ಹ್ಯೂರೀನ್‌ನ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಚಾಲನೆ ನೀಡುವುದು. ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಥೈಯಾಮೀನ್‌ನ ಬಳಕೆ ವಿಪುಲವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅದನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ ೧೦ ರಿಂದ ೩೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ನಷ್ಟು ಕೊಡಬೇಕು.

ರೈಬೋಫ್ಲೇವಿನ್ ಜೀವಕಣಗಳ ಉಸಿರಾಟ, ಪ್ರೋಟೀನ್ ಮತ್ತು ಮೇದಸ್ಸಿನ ತಯಾರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ರೈಬೋಫ್ಲೇವಿನ್‌ನ ಉಪಯೋಗ ವ್ಯತ್ಯಯಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆಯಾದುದರಿಂದ ಅದನ್ನು ದೈನಂದಿನ ಅಗತ್ಯವಾದ ೫ ರಿಂದ ೧೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕೊಡಬೇಕಾಗುವುದು. ಅದರಲ್ಲೂ ಜೀರ್ಣಾಂಗಳ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವುಂಟಾದಾಗ ಅದರ ಅಗತ್ಯ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು. ದೇಹದ ಅಗತ್ಯ ಮತ್ತು ತೂಕದ ಇಳುವರಿಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗೆ ಪ್ರೋಟೀನ್, ಕೊಬ್ಬು, ಶರ್ಕರ ಪಿಷ್ಟಾದಿಗಳು ಮತ್ತು ಎಲ್ಲ ಬಗೆಯ ಜೀವಸತ್ವಗಳು ಮತ್ತು ಖನಿಜಗಳನ್ನು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡ ಮಿಶ್ರ ಆಹಾರದ ಕೊಡುಗೆ ಅಗತ್ಯ. ಸೇವಿಸಿದ ಆಹಾರದಂತೆಯೇ ಅದರ ಪಚನಕ್ರಿಯೆಯೂ ಮುಖ್ಯವಾದುದೆಂದು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಬೇಕು. ಹಸಿವೆಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ದೈಹಿಕ ಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದ್ದು ಅದನ್ನು ವಾಯು ಸೇವನೆಯಿಂದ ಪ್ರಚೋದಿತಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಯೋಗ್ಯ ತೆರನಾದ ಉಸಿರಾಟ ಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ, ರೋಗಿಯು ಉಣಬಲ್ಲ, ಉಂಡದ್ದನ್ನು ಅರಗಿಸಿ ಕೊಳ್ಳಬಲ್ಲ.

ವಾಯುಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಕುಮಿಸ್

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ವಾಯು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆ. ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನ ಅಲ್ಪ ಸ್ಯಾನಿಟೋರಿಯಂಗಳಾದ

ಟೆಬೆರ್ಡಾ (ಸಮುದ್ರಮಟ್ಟದಿಂದ ೧೨೭೦ ರಿಂದ ೧೪೨೦ ಮೀಟರ್ ಎತ್ತರ) ಮತ್ತು ಅಬಾಸ್ತುಮನಿ (ಸಮುದ್ರಮಟ್ಟದಿಂದ ೧೨೭೦ ರಿಂದ ೧೩೫೦ ಮೀಟರ್ ಎತ್ತರ) ಅಥವಾ ಸ್ವಿಟ್ಜರ್ಲ್ಯಾಂಡ್‌ನ ಡಾವೋಸ್ ಹಿತಕರ ಹವೆಗೆ ಪ್ರಸಿದ್ಧಿ ಪಡೆದಿವೆ. ಗುಡ್ಡಗಾಡಿನ ಧೂಳಿಲ್ಲದ ಒಣ ಹವೆ, ಸೂರ್ಯ ಶಾಖದ ವಿಕಿರಣ– ಇವೆಲ್ಲ ದೇಹದಲ್ಲಿ ತಂಪು ಹವೆಯ ವಿರುದ್ಧ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ. ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಪಡೆದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವು ಈ ತೆರನಾದ ಹವೆಯಿಂದ ವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುವುದು. ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಕಾಲಮಾನದ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಈಡಾಗಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿ ದೊರೆತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯುವ ಸೂಚನೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ದಕ್ಷಿಣದ ಸಮುದ್ರ ತೀರದಲ್ಲಿನ ಸ್ಥಳಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲಾಗುವುದು. ವಸಂತ ಮತ್ತು ಶರದೃತುಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಹವಾಮಾನಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು, ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನ ಮಧ್ಯ ಮತ್ತು ಎತ್ತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ದೇಹದಾರ್ಢ್ಯದ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗುವುದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಕ್ರಿಮಿಯಾದ ದಕ್ಷಿಣ ತೀರದಲ್ಲಿ ಹಿತಕರ ಹವಾಮಾನದ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಸ್ಥಗಿತಗೊಂಡ ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದ, ಶಕ್ತಿಯುತ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಆಲ್ಪ್ಸ್‌ನ ಹಿತಕರ ಹವೆಯ ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂ (ಸಮುದ್ರಮಟ್ಟದಿಂದ ೧೨೦೦–೧೪೦೦ ಮೀಟರ್ ಎತ್ತರ) ಗಳಿಗೆ ಬೇಸಿಗೆ ಮತ್ತು ಚಳಿಗಾಲದಲ್ಲಿ ಕಳುಹಿಸಿ, ಅಲ್ಲಿನ ಆಹ್ಲಾದಕರ ಹವೆ ಮತ್ತು ಶಕ್ತಿವರ್ಧಕ ಔಷಧಗಳ ಸೇವನೆಯ ಲಾಭ ಪಡೆಯುವರು.

ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಕೈಕೊಂಡ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಫಲವನ್ನು ನೀಡದಾದಾಗ ಇಲ್ಲವೆ ಅದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ವಾಯು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ಕುಮಿಸ್ ಆಹಾರದ ಮುಖ್ಯ ವಸ್ತುವಾಗಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಕುದುರೆ ಹಾಲನ್ನು ಹುಳಿಸುವುದರಿಂದ ದೊರಕಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳು ಕುಮಿಸ್ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತಾರೆ. ಅದನ್ನು ಹುಳಿಸುವ ವಸ್ತುಗಳು ಆರೆನ್ ಬರ್ಗ್ ಜೀವಾಣು ಮತ್ತು ಟಾರುಲಾ ಕುಮಿಸ್ ಜೀವಾಣು. ಮೊದಲನೆಯ ಜೀವಾಣು ಹಾಲ್ಸಕ್ಕರೆಯನ್ನು ಲ್ಯಾಕ್ಟಿಕ್ ಆಮ್ಲವಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸುವುದು. ಪ್ರೋಟೀನನ್ನು ಪಾಲಿ ಪೆಪ್ಟೈಡ್ ಆಗಿ ಒಡೆಯುವುದು. ಟಾರುಲಾ ಕುಮಿಸ್ ಸಕ್ಕರೆಯನ್ನು ಹುಳಿಸಿ ಅದರಿಂದ ಮದ್ಯಸಾರ ಮತ್ತು ಇಂಗಾಲದ ಡೈ ಆಕ್ಸೈಡನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಮದ್ಯಸಾರ ಮತ್ತು ಲ್ಯಾಕ್ಟಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಕುಮಿಸ್‌ನ್ನು ಪ್ರಬಲ, ಮಧ್ಯಮ ಮತ್ತು ಸಾಧಾರಣ ತೆರನಾದುದೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕುಮಿಸ್‌ನ್ನು– ಅದರಲ್ಲೂ ಎತ್ತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರುವವರು– ಕುಡಿಯುವುದರಿಂದ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆ ಹೊಂದುವುದು.

ಆದರೆ ಕ್ಷಯರೋಗದ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ಯಾನಿಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿನ ಯೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಬಲ ಸಂವರ್ಧಕ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿವೆ. ವಿ. ಎ. ವೊರೊಬ್ಯೆಯೊವ್ ಮತ್ತು ಟಿ. ಪಿ. ಕ್ರಾಸ್‌ನೊಬಾಯೆವ್ ಪ್ರಚುರಪಡಿಸಿದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇಂದಿಗೂ ಅಮೂಲ್ಯವಾಗಿದೆ.

ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಎಲ್ಲ ತೆರನಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿನ ಯಶಸ್ಸು, ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಿಂದ ಕೊಡಮಾಡಿದ ಸ್ಯಾನಿಟೋರಿಯಂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಮತ್ತಷ್ಟು ಊರ್ಜಿತಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೧೩

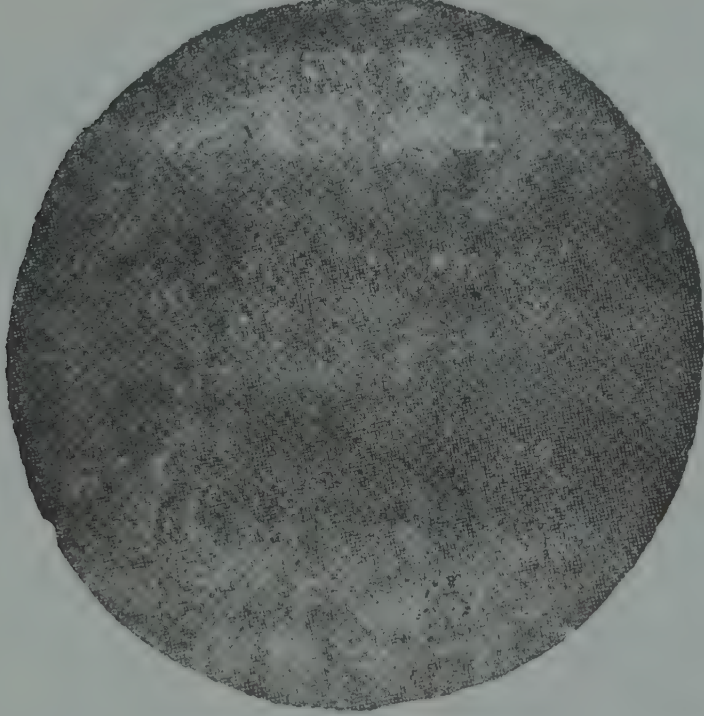
ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ನೂತನವಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಬಂದಿರುವ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಜೀವಾಣು ರೋಧಕಗಳ ಶೋಧವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳು ಜೈವಿಕ ವಸ್ತುಗಳಾಗಿದ್ದು, ತಮ್ಮ ಉಳಿವಿಕೆಗೆ ಜೀವಾಣುಗಳು ಹೋರಾಡುವಾಗ ಸಿದ್ಧವಾಗುತ್ತವೆ. ಅವು ಜೀವಾಣುಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಕಾರ್ಯ ಮಾಡಿ ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಕುಗ್ಗಿಸುತ್ತವೆ. ಇಂದು ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳು ಮತ್ತು ಕೃತಕ ರಾಸಾಯನಿಕ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಎರಡು ತೆರನಾದ ಈ ಔಷಧಿಗಳ ಮಧ್ಯದ ಅಂತರ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಮಾಯವಾಗುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಈ ಭಾವನೆಗೆ ಮತ್ತಷ್ಟು ಪುಷ್ಟಿ ದೊರೆತಿದೆ. ನೈಸರ್ಗಿಕ ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳ ರಚನೆಯು ಸೂತ್ರವಿಂದು ತಿಳಿದಿದ್ದು, ಅವುಗಳ ಕೃತಕ ರೂಪಗಳು ಸಿದ್ಧವಾಗುತ್ತಿವೆ.

ಫ್ಲೆಮಿಂಗ್ ೧೯೨೮ ರಲ್ಲಿ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಕಂಡುಹಿಡಿದುದು, ಕೀವು ಉತ್ಪನ್ನ ಮಾಡುವ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿತದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿಯಾದ ಸಾಧನೆಗೆ ನಾಂದಿಯಾದುದಲ್ಲದೆ, ಇತರ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧನೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಲು ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡಿತು. ಎಸ್. ವಾಕ್ಸ್‌ಮನ್, ಶಾಟ್ಜ ಮತ್ತು ಬುಗೀ (೧೯೪೪) ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿಸ್ ಗ್ರಿಸಿಯಸ್‌ನಿಂದ ಜೀವಾಣುರೋಧಕದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ವಸ್ತುವನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾದರು. ಆ ವಸ್ತುವನ್ನು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಎಂದು ಕರೆದರು (ಚಿತ್ರ ೬೫). ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸುವ ಈ ಹೊಸ ಔಷಧ ವೈದ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸಕರಿಗೆ ದೊರೆಯಿತು. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನನ್ನು ಈಗ ಸುಮಾರು ೨೦ ವರುಷಗಳ ಕಾಲ, ವಿವಿಧ ತೆರನಾದ ಕ್ಷಯರೋಗ– ಅದರಲ್ಲೂ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗಿದೆ.

ತೀವ್ರತರ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಅಲ್ಲದೆ ಈಚೆಗೆ ಕೃತಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ಐಸೋಕೊನೀಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ಗುಂಪಿನ ಔಷಧಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಪಡೆದವು. ಅವುಗಳ ಸೇವನೆಯು ರೀತಿ ಸುಲಭ. ದೇಹದೊಡನೆ ಜೀವಾಣುಗಳ ಮೇಲೆ ತಮ್ಮ ಭೌತ–ರಾಸಾಯನಿಕ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತವೆ.

ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್‌ಗಳು (ಥೈವಿಜೈಡ್) ಮೂಲಭೂತ ಕ್ಷಯ



ಚಿತ್ರ ೬೫ : ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಉತ್ಪಾದಿಸುವ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿಸ್ ಗ್ರಿಸಿಯಸ್

ರೋಧಕ ವಸ್ತುಗಳಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದವು. ಈ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಒಂದೊಂದೇ ಕೊಡುವುದು ವಿರಳ. ಹಾಗೆ ಮಾಡಿದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳು ಔಷಧಿಯ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಕಡೆ ನಂಜು ಮತ್ತು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಳಸುವ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ, ಲೆಹಮನ್ ತೋರಿಸಿದಂತೆ ಸೋಡಿಯಂ ಪಾರಾ ಅಮೈನೋ ಸಾಲಿಸಿಲೇಟ್ (ಪಾಸ್) ನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಒಳಗೊಂಡ ಔಷಧ ಸಂಯೋಜನೆಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುವುದು. ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು, ಜೀವಾಣುಗಳು ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದನ್ನು ನಿಧಾನಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಔಷಧಗಳು ಉಂಟು ಮಾಡುವ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಮುಂದೆ ವಿವರಿಸಲಾಗುವುದು.

ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಂಡಾಗ, ಅವು ಜೀವಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತರಬೇಕಲ್ಲದೆ ಅವು ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಬೇಕು.

ಜೀವಾಣುಗಳ ವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸಿದ ಮೇಲೆ, ರೋಗವನ್ನು ದೇಹದ ರಕ್ಷಣಾ ಶಕ್ತಿಯು ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿ ತಂದು, ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸಿ ಅದು ವಾಸಿಯಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿ ಪೂರಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕೊಡಬಲ್ಲ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಕೊಡುವುದು ತುಂಬಾ ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿ.

ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ, ಹೊರಗಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಸರಿಸಮವೆನಿಸಲಾರದು. ರೋಗವು ಹಿಮ್ಮೆಟ್ಟಿದ ಮೇಲೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುವಾಗ ಹೊರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅದೇ ರೀತಿಯಾಗಿ ಕೊಡಬಹುದು.

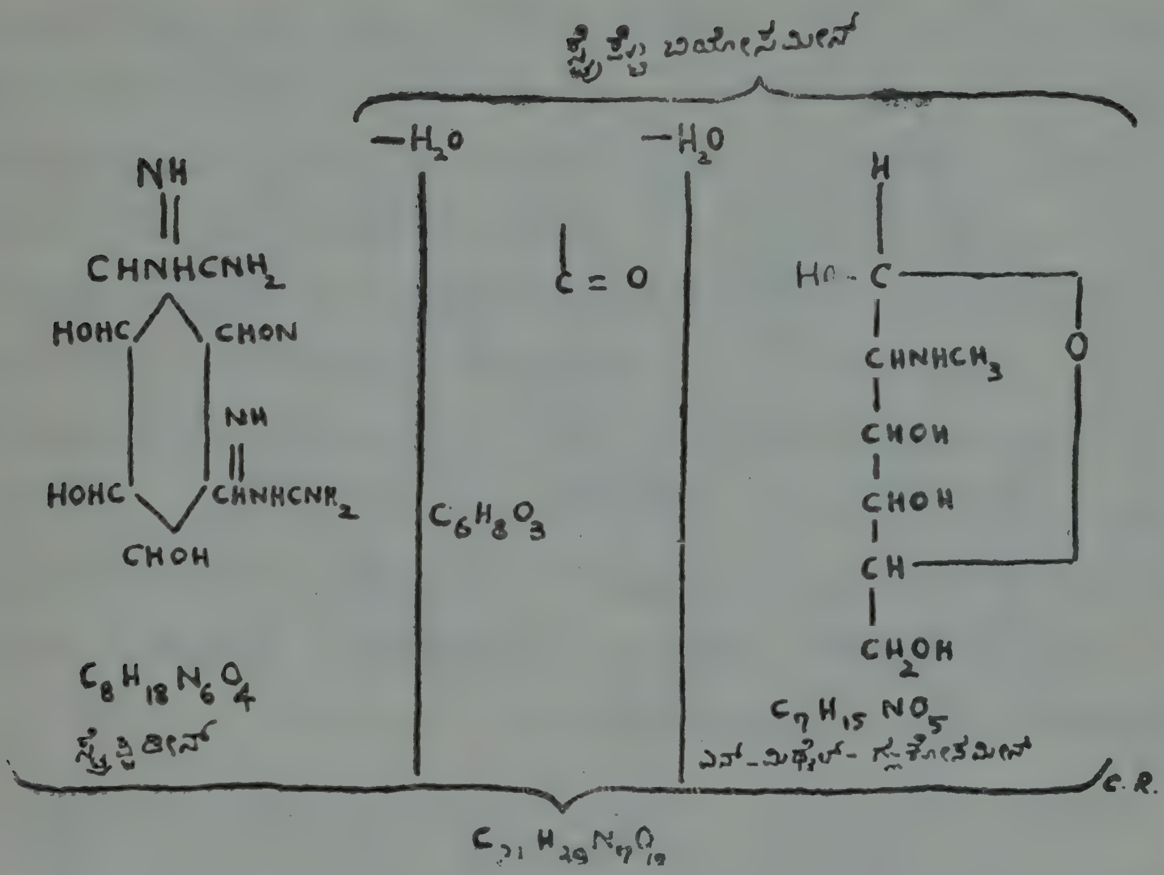
ಪ್ರಥಮ ಔಷಧಗಳು

ಸ್ಟ್ರೇಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್

ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಾರಜನಕವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಜಲಜನಕಪೂರಿತ ಜೈವಿಕ ಪ್ರತ್ಯಾಮ್ಲ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟಿಡೀನ್ ವಸ್ತುವೇ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ (C_{21} H_{39} N_7 O_{12}). ಕಾರ್ಬೊನೈಲ್-ಗ್ಲುಕೊಸಮೀನ್ ಗುಂಪಿನ ಸಾರಜನಕ ವಸ್ತುವನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಶರ್ಕರ ವಸ್ತುವಿನೊಡನೆ ಗ್ಲುಕೋಸೈಡ್ ಮೂಲಕ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟಿಡಿನ್ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

ವಾಕ್ಸ್‌ಮನ್ ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ ರಚನಾ ಸೂತ್ರವನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ.

ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನಲ್ಲಿ ಇರುವ ಗ್ಲುಗೋಸ್ ದೃಗಿಂದ್ರಿಯದ ರೂಪದಲ್ಲಿದ್ದು, ಆ ತೆರನಾದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಹೊರಗೆ ಸಿಕ್ಕಲಾರದು. ಜೀವಾಣುಗಳಲ್ಲದ ಔಷಧದ ದ್ರವವು ತನ್ನ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ೩೭° ಸೆಂ. ಉಷ್ಣತೆಯಲ್ಲಿ ೧೫ ರಿಂದ ೧೭ ದಿನಗಳ ಪರ್ಯಂತ ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಲ್ಲದು. ಅದು ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕರಗಬಲ್ಲದು. ಈಥರ್, ಕ್ಲೋರೋಫಾರ್ಮ ಮತ್ತು ಅಸಿಟೋನ್‌ನಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಮಿಶ್ರವಾಗಬಲ್ಲದು. ಅದು ಪಿಷ್ಟ ವಸ್ತುಗಳೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ ಪಡೆಯಲಾರದು. ಅದರ ಪ್ರಭಾವವು ತಾನು ಕಾರ್ಯ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಪರಿಸರದ ರಚನೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ಗೆ ಯೋಗ್ಯವಾದ ಪಿಎಚ್ ೮ ರಿಂದ ೮.೨ ಆಗಿದೆ. ಫ್ರೀಕ್‌ಸನ್‌ನು ವರ್ಣಿಸಿದಂತೆ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ೧ ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಿದ ಅನಂತರದ ನಾಲ್ಕು ಘಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣವು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನಾಗಿರುತ್ತದೆ (ಮೈಕ್ರೋಗ್ರಾಂ ಮಿಲಿ ಲೀ. ಗೆ).



ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗಗಳು	೨೮
ರಕ್ತ	೨೨
ದನಿನಾಳ	೧೦
ಪುಪ್ಪುಸಗಳು	೮
ಹೆಗ್ಗರುಳಿನ ಪದರುಗಳು	೬.೫
ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು	೪.೦
ಮೂಳೆಗಳು	೨.೫

ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಕೊಡಮಾಡಿದ ೨೪ ಘಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ನೂರಕ್ಕೆ ಸುಮಾರು ೫೦ ರಿಂದ ೭೫ ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣವು ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ (ಮೂತ್ರಕುಳಿಯ ಸ್ರಾವ) ದ ಮೂಲಕ ಹೊರಹಾಕಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಆರ್. ಒ. ಡ್ರಾಬ್ಕಿನಾ ಮತ್ತು ವೈ. ಪಿ. ಸಿನೆಲ್ನಿ ಕೋವಾರ ಪ್ರಕಾರ, ೦.೯ ರಿಂದ ೧.೨ ಗ್ರಾಂ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಒಮ್ಮೆ ಕೊಡ ಮಾಡಿದ ಅನಂತರ, ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಅದರ ಯೋಗ್ಯ ಪ್ರಮಾಣ ಮಿ.ಲೀ. ಗೆ ೪೦ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ.

ಒಂದು ಮಿ. ಲೀ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಹರಳು ೧,೦೦೦ ಯೂನಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ (ಒಂದು ಮೈ.ಗ್ರಾಂ. ಪರಿಶುದ್ಧ ಪ್ರತ್ಯಾಮ್ಲವು ಒಂದು ಯೂನಿಟ್‌ನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಬೆನ್ನೊಳಗೆ ಕೊಡಬೇಕಾದರೆ ಅದರ ಕ್ಲೋರ್‌ಹೈಡ್ರೇಟ್ (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರೈಡ್), ಸಲ್ಫೇಟ್

(ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಸಲ್ಫೇಟ್) ಅಥವಾ ಹರಳಿನ ಕ್ಲೋರೋ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಲವಣ (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಕ್ರಿಸ್ಟಲಿಸೇಟವ್) ದ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುವುದು. ಸೋವಿಯೆಟ್ ಒಕ್ಕೂಟದಲ್ಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಸಲ್ಫೇಟ್‌ನ್ನು ವಿಪುಲವಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ರಸಾಯನ ಅಣುವಿನ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಸ್ ಕಡೆಯಲ್ಲಿನ ಆಲ್ಡಿಹೈಡ್ ಗುಂಪನ್ನು ಅಪಕರ್ಷಿಸಿ ಮದ್ಯಸಾರವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಿದಾಗ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಡೈಹೈಡ್ರೋ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಎಂಬ ಮತ್ತೊಂದು ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುವುದು. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಅಲ್ಲಿ ಹಿಸ್ಟಮೀನ್ ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ತುಂಬಾ ಕ್ವಚಿತ. ಡೈಹೈಡ್ರೋ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಕಿವುಡುತನ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದುದರಿಂದ, ಶ್ರವಣೇಂದ್ರಿಯದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದ ಅನಂತರವೇ ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು.

ಪ್ರಯೋಗ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಜೀವಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ೦.೫ ರಿಂದ ೧.೦ ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ (ಒಂದು ಕಿಲೋಗ್ರಾಂ ದೇಹದ ತೂಕಕ್ಕೆ ೧೦ ರಿಂದ ೨೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ.) ಚುಚ್ಚಿದಾಗ, ಅದು ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಯೋಗ್ಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ತಲುಪಿ (ಮಿ. ಲೀ. ಗೆ ಸುಮಾರು ೪೦ ಯುನಿಟ್‌ಗಳು) ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರಿ ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ನಿಲುಗಡೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅದು ವಿಸ್ತೃತ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಔಷಧವಾಗಿದ್ದು, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಕಾಕೈ, ಸ್ಟಫೈಲೋಕಾಕೈ ಮತ್ತಿತರ ದಂಡಾಣುಜೀವಿಗಳ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಿ ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.

℞

ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಸಲ್ಫೇಟ್ ೧.೦ (೧ ೦೦ ೦೦೦ ಯು.)
ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ಕೊಡಲು.

ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ಕೊಡುವುದಲ್ಲದೆ, ಕೆಲವೊಂದು ಬಾರಿ, ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಕ್ಷಯದ ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಉರಿಯೂತದಲ್ಲಿ, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಬೆನ್ನಿನೊಳಕ್ಕೆ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಉಸಿರುನಾಳದ ವ್ರಣದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಉಸಿರುನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ಔಷಧದ ತುಂತುರಿನ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಕೊಡಬಹುದು. ಅದನ್ನು ಬೆನ್ನಿನೊಳಕ್ಕೆ ಕೊಡುವಾಗ, ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ೧೦೦,೦೦೦ ದಿಂದ ೨೦೦,೦೦೦ ಯುನಿಟ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚಲಾಗುವುದು. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ೧ ೦೦ ೦೦೦೦ ಯುನಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಲಾಗುವುದು.

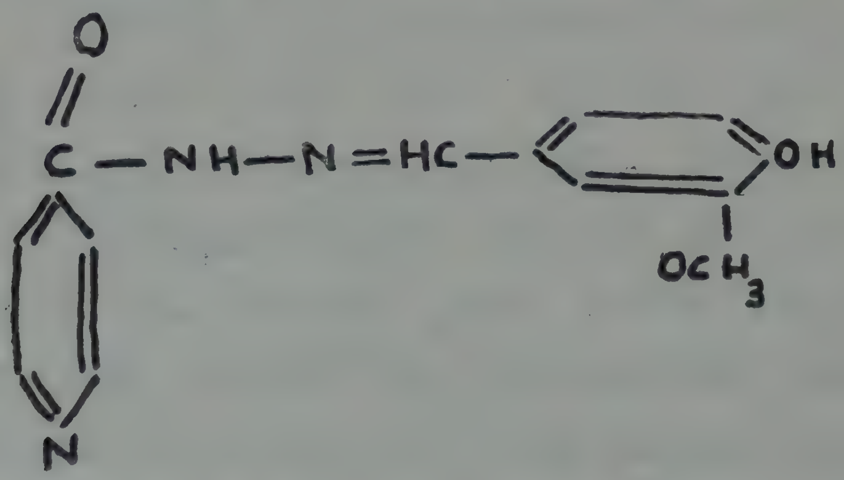
ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ತುಂತುರು ಹನಿಗಳು ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮ ವನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಔಷಧದ ಯಶಸ್ಸು, ಅಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ, ತುಂತುರಿನ ರೂಪವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಆಕೃತಿಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದಾಗ ತುಂತುರು ಕಣಗಳು ೦.೫ ರಿಂದ ೩ ಮೈಕ್ರಾನ್‌ಗಳಷ್ಟು ಇರುತ್ತವೆ. ಆ ಕಣಗಳು ವಿದ್ಯುತ್ ನಿಷೇಧಕ ಋಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಅದರ ಮೇಲ್ಮೈ ಒತ್ತಡ ನೀರಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಪರಫ್ ಮತ್ತು ಝಿವಿಯವರ ಪ್ರಕಾರ, ಮಿ. ಲೀ. ಗೆ ೫೦,೦೦೦ ಯುನಿಟ್ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ೨.೫ ಮಿ. ಲೀ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ದ್ರಾವಕ ವನ್ನು ಉಚ್ಛ್ವಾಸ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುವುದು. ಆಗ ಔಷಧವು ಕೂಡಲೇ ದೇಹದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಕೆ ಹೊಂದುವುದು. ಆ ಪ್ರಮಾಣವು ಶುದ್ಧ ರಕ್ತನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಿದ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕೆ ಸಮವೆನಿಸಿದೆ. ಯಾವ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ಕೊಡುವುದರ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ, ಉಚ್ಛ್ವಾಸ ಔಷಧ ಸೇವನೆಯನ್ನು ೧ ರಿಂದ ೩ ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಲ ನೀಡಲಾಗುವುದು. ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವ ಶಾಖೆಯು ನೀಡಿದ ಸೂಚನೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋ ಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಅವರ ತೂಕದ ಪ್ರತಿ ಕೆ.ಜಿ. ಗೆ ೦.೦೧೫ ರಿಂದ ೦.೦೨ ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಕರಿಗೆ ೦.೫ ರಿಂದ ೧.೦ ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಕೊಡಲಾಗುವುದು.

ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು, ಅದರ ಜೀವಾಣು ವಿರೋ ಧಕ ಕ್ರಿಯೆಯ ಸೂತ್ರವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಈ ವಿಷಯವು ಐ. ಐ. ಮೆಚ್ನಿಕಾಫ್‌ರ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಗೊತ್ತಿದ್ದು, ಅವರು ಈ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವವನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿದ್ದರು. ಬೇರೆ ಬೇರೆ ತೆರನಾದ ಕ್ಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತಿತರ– ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಬಳಸಿದಾಗ ಅದು ತುಂಬಾ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯೆಂದು ಸಿದ್ಧಮಾಡಿದೆ. ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ರೋಗಗಳಾದ ತೀವ್ರ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಅದು ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬಳಕೆಯ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿಯೇ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಅನಂತರದ ಅನುಭವವು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಅದರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಸಿದ್ಧಮಾಡಿ ತೋರಿ ಸಿದೆ. ಆದರೂ, ಕಾಲ ಕಳೆದಂತೆ, ಅದನ್ನು ಬೇರೆಯಾಗಿ ಬಳಸಿದಾಗ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ತನ್ನ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆಂದು ಅನುಭವ ತೋರಿಸಿದೆ. ೩ ರಿಂದ ೪ ತಿಂಗಳು ಕಾಲದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಜೀವಾಣುಗಳು ಔಷಧಕ್ಕೆ ಮಣಿಯುವುದಿಲ್ಲ. ಸಾರ ದ್ರವ್ಯದಲ್ಲಿ ಅದರ ಮಿ. ಲೀ. ಗೆ ೧೦ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಔಷಧವಿದ್ದಾಗಲೂ, ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿದರೆ ಅವುಗಳ ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಪಡೆದಿರುವಾಗಿ ತಿಳಿಯಬೇಕು. ೧೦೦ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿದರೆ ಅವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅಜೇಯತ್ವ ಪಡೆದಿರುವುದಾಗಿಯೂ, ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಮಿ. ಲೀ. ಗೆ ೧೦, ೨೫ ಮತ್ತು

೫೦ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದಾಗ ತೋರಿಬಂದರೆ ಅಸಂಪೂರ್ಣ ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಪಡೆದಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಪಡೆದ ಜೀವಾಣುಗಳು ಔಷಧದ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಅವಲಂಬಿಯಾಗಬಲ್ಲವು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಕೊಡಮಾಡಿದಾಗ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ವೃದ್ಧಿ ಹೆಚ್ಚು ಚಾಲನೆಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್‌ಗಳ ಗುಂಪು (ಐ. ಎನ್. ಎಚ್.) : ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್ (ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್), ಥೈವಿಜೈಡ್, ಸಾಲುಜೈಡ್ ಮತ್ತಿತರ

ಚಿಕಿತ್ಸಾರಂಗದ ವಿಪುಲ ಅನುಭವದಿಂದಾಗಿ, ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್‌ಗಳ ಔಷಧಿ ಗುಂಪನ್ನು, ಆಧುನಿಕ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕೋನ ಶಿಲೆಯೆಂದು ತಿಳಿಯಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಸೋವಿಯೆತ್ ಔಷಧವಾದ ಥೈವಿಜೈಡ್ (ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಾಯಿಲ್ ಹೈಡ್ರಾಜೋನ್–ವಾನಿಲಿನ್) (ಅದರ ಆಕೃತಿಯ ಸೂತ್ರ ನೋಡಿ) ೧೯೫೧–೫೨ ರಲ್ಲಿ ಎಂ. ಎನ್ ಷುಕಿನಾ, ವೈ. ಡಿ. ಸಾಜನೋವಾ, ಜಿ. ಎನ್. ಪರ್ಷಿನ್, ಓ. ಓ. ಮಾಕೆಯೇವಾ ರಿಂದ ಸಿದ್ಧಗೊಳಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿತು. ಈ ಔಷಧವು ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ಗುಂಪಿನ ಒಳ್ಳೆಯ ಉದಾಹರಣೆಯಾಗಿದ್ದು, ವಿಪುಲವಾಗಿ ಇಂದು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸಾಟನ್‌ನ ಸಾರದ್ರವ್ಯದಲ್ಲಿ ಅದು ೧ : ೧೬ ೦೦೦ ೦೦೦ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದಾಗ, ಥೈವಿಜೈಡ್ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ನಿಲುಗಡೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ.



ಥೈವಿಜೈಡ್

ಔಷಧವನ್ನು ಔಷಧೋಪಚಾರದಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿ ಕೊಡಲಾಗುವುದು :

℞
ಥೈವಿಜೈಡ್ ೦.೫
ಒಂದು ಗುಳಿಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡರಿಂದ ಮೂರು ಬಾರಿ ಸೇವನೆ.

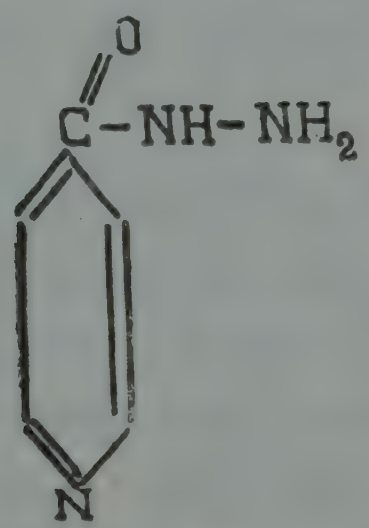
ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಥೈವಿಜೈಡ್‌ನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸಿದಾಗ, ೦.೫ ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಒಮ್ಮೆ ಕೊಡಮಾಡಿದಾಗ ಅದು ಯೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪುದು ನಿದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಬಂದಿದೆ. ಅದನ್ನು ಬಾಯಿಂದ ಸೇವಿಸಿದಾಗ, ಅದು ಮೆದುಳ ಬಳ್ಳಿಯ ದ್ರವದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹವಾಗಬಲ್ಲದು. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ, ಥೈವಿಜೈಡ್ ಒಂದು ಮುಖ್ಯವಾದ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಔಷಧ. ವಿದ್ಯುತ್ ಹೊರಿಗೆಯ ಮೂಲಕ ನೋಡಿದಾಗ, ಥೈವಿಜೈಡ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಜೀವಾಣುವಿನ ಜೀವರಸವನ್ನು ನಾಶಗೊಳಿಸುವುದು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ರಾಸಾಯನಿಕ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗಿ ಅದರ ಮೇದಸ್ಸಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ತಮ್ಮ ಆಮ್ಲ ನಿರೋಧಿ ಲಕ್ಷಣವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆಯಲ್ಲದೆ ಸೇವಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನೂ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ (ಎ. ವೈ. ರಾಬುಕಿನ್).

ಸಾಲುಜೈಡ್, ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್‌ನ ಮತ್ತೊಂದು ಪ್ರತಿನಿಧಿ.

℞
ಸಾಲುಜೈಡ್ ೦.೫
ಒಂದು ಗುಳಿಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ಸೇವನೆ.

ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಉರಿಯಲ್ಲಿ ಕರಗುವ ಸಾಲುಜೈಡ್‌ನ್ನು ಬೆನ್ನಿನೊಳಗೆ ಚುಚ್ಚಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಫಾಕ್ಸ್ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತೊಂದು ಅಮೂಲ್ಯ ಔಷಧವಾಗಿದೆ. ಅದು ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ಆಗಿದ್ದು ಅದರ ಆಕೃತಿ ಈ ತೆರನಾಗಿದೆ.



ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್

ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಅಂತಹದೇ ಔಷಧ ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್. ಅದನ್ನು ದೇಹದ ಒಂದು ಕೆ. ಜಿ. ತೂಕಕ್ಕೆ ೮ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು–ಮೂರು ಬಾರಿ ಕೊಡಲಾಗುವುದು.

ಈ ಔಷಧದ ಬಳಕೆಯ ನಂತರ, ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಅದರ ಅಂಶ ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ವರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣವು ಥೈವಿಜೈಡ್‌ಗಿಂತ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಕೆಳಕ್ಕಿಳಿಯುತ್ತದೆ.

ಮೆಟಾಜೈಡ್ (೧,೧–ಮಿಥೈಲಿನ್–ಬಿಸ್–ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಾಯಿಲ್ ಹೈಡ್ರಾಜೋನ್) ಮತ್ತು ಲಾರುಸಾನ್ (ಫರ್‌ಫರಲ್ ಅಸಿಟೋನ್ ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಾಯಿಲ್ ಹೈಡ್ರಾಜೋನ್) ಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ.

ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ಕೋಶದೊಳಕ್ಕೆ (ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ರೋಗಿಷ್ಠ ಅಂಗಗಳ ತಡೆ) ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಕಣಗಳಿಗಿಂತ ಸುಲಭವಾಗಿ ಪ್ರವೇಶಿಸ ಬಲ್ಲದು. ಅವುಗಳ ಸುಲಭ ಸೇರಿಕೆಯತ್ತ ಹೆಚ್ಚು ಲಕ್ಷ್ಯ ಅಗತ್ಯ.

ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಂತೆ, ಥೈವಿಜೈಡ್ ಒಂದನ್ನೇ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಬಳಕೆ ಮಾಡಿದರೆ ಔಷಧದ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರೊಂದಿಗೆ ಜೀವಾಣುಗಳ ಶಕ್ತಿಯೂ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾರದ್ರವ್ಯದಲ್ಲಿ ಮಿ. ಲೀ. ಗೆ ೧ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಔಷಧ (ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್) ವಿದ್ದಾಗಲೂ ಕ್ಷಯಾಣು ಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಗೋಚರಿಸಿದರೆ, ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವ ಉದ್ಭವವಾಗಿದೆಯೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗುವುದು. ಆದರೂ ಯಾವುದೇ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ, ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ಬಳಕೆ ಯಿಂದ ಜೀವಾಣು ತೀಕ್ಷ್ಣತೆಯು ಕಡಿಮೆಯಾದ ಸೂಚನೆಯಿದ್ದರೂ, ಥೈವಿಜೈಡ್ ಅಜೇಯತ್ವ ಅಪೇಕ್ಷಣೀಯವಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗಿದೆ. ಅದರಿಂದ ಔಷಧದ ಪ್ರಭಾವ ತುಂಬಾ ಪರಿಮಿತಗೊಳ್ಳುವುದು (ಎಂ. ಎ. ಕ್ಲೆಬನಾವ್ ಮತ್ತು ಆರ್. ಓ. ಡ್ರಾಬ್ಕಿನಾ).

ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್‌ಗಳ (ಥೈವಿಜೈಡ್, ಮೆಟಾಜೈಡ್, ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್, ಇತರ) ಬಳಕೆಯು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತಿತರ ಕ್ಷಯರೂಪಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಸ್ರವಿಸುವ ಮತ್ತು ಹರಡುವ ಕ್ಷಯರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಅವು ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿ, ವ್ರಣವು ಬೇಗ ಗುಣಮುಖವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ ಹಾಗೂ ಹೇಹದಲ್ಲಿನ ಸಂಜಿನ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಜೀವನಾವಶ್ಯಕ

ನರಮಂಡಲದ ಮೇಲಿನ ಪ್ರಭಾವ ಮತ್ತು ಮೆದುಳಿನ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿನ ತಡೆ ಔಷಧದ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳೆನಿಸಿವೆ. ಅವು ನವಿಜಾಲ ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಅಂಗಭಾಗಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಉರಿತವನ್ನು ಶಮನ ಮಾಡುವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಪಡೆದಿವೆ.

ಥೈವಿಜೈಡ್‌ನ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಅಸ್ಕಾರ್ಬಿಕ್ ಆಮ್ಲ ಮತ್ತು ಜೀವಸತ್ವ ಬಿ ೬ ರ ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯ ಉಂಟಾಗುವುದನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಬೇಕು. ಆದ್ದರಿಂದ, ಅದರಲ್ಲೂ ಈ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ, ಜೀವಸತ್ವ ಸಿಯನ್ನು ೦.೫ ಗ್ರಾಂ. ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ದಿನವೂ ಮತ್ತು ಜೀವಸತ್ವ ಬಿ ೬ (ಪಿರಿಡಾಕ್ಸಿನ್) ನ್ನು ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಕೊಡಬೇಕು.

ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ಜೀವಸ್ತುಕರಣದಿಂದ ಅಸಿಟೈಲ್ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿ, ಒಳಗೆ ನಾಶ ಹೊಂದುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಹೊಸ ಮಾಹಿತಿಯು ಈಚೆಗೆ ದೊರೆತಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಒಂದು ವಿಶಿಷ್ಟ ಗುಂಪಿನ ಜನಗಳು ತಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಈ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಪ್ರಭಾವಹೀನಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡಬಲ್ಲವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಇದು ಒಂದು ಮೂರಾಂಶ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಬೇರೆ ಔಷಧಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಅನುಕೂಲಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿದ್ದು, ದೇಹದಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪ ನಿಧಾನವಾಗಿ ವಿಸರ್ಜಿತಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

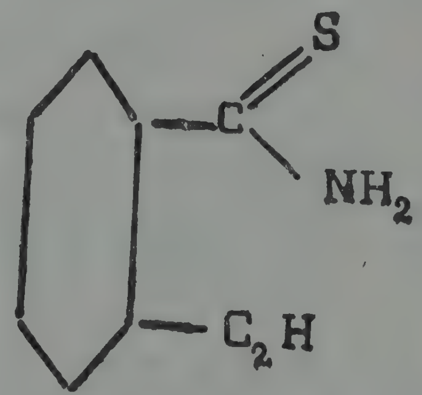
ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನಂತೆ ಐ. ಎನ್. ಎಚ್. ಗುಂಪಿನ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಬೇರೆಯಾಗಿ ಒಂದೊಂದೇ ಕೊಡುವಂತಿಲ್ಲ. ಅದನ್ನು ಪಾಸ್ ಜೊತೆಗೂಡಿ ಕೊಡುವುದರಿಂದ ಔಷಧದ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವ ಉಂಟಾಗುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುತ್ತದೆ. ಇವೆರಡೂ ಮೂಲಭೂತ ಜೊತೆಯಲ್ಲದೆ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಜೊತೆಯಾಗಿ, ಅದೇ ರೀತಿ ಮೂರೂ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಜೊತೆಯಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ದ್ವಿತೀಯ ಗುಂಪಿನ ಔಷಧಗಳು

ಸೈಕ್ಲೋಸೀರಿನ್ ಟ್ರಿಕೆಟಾರ್ ಮತ್ತು ಇತರ ಔಷಧಗಳು

ಈಚೆಗೆ, ಸೈಕ್ಲೋಸೀರಿನ್, ಕಾನಾಮೈಸಿನ್, ಈಥೈಯೊನೇಮೈಡ್, ಟ್ರಿಕೆಟಾರ್ (ಔಷಧ ೧೩೧೪), ಈಥಾಕ್ಸೈಡ್ ಮೊದಲಾದ ಅನೇಕ ಹೊಸ ಔಷಧರೂಪಗಳನ್ನು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಬಹುದಾದ ಸೂಚನೆಗಳು ಬಂದಿವೆ. ಸೈಕ್ಲೋಸೀರಿನ್ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಔಷಧವಾಗಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿಸ್ ಆರ್ಕಿಡೇಸಿಯಸ್ ಮತ್ತು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಗೋರಿಫಾಲಸ್‌ನ ತಳಿಯಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಹೊರತೆಗೆಯ

ಲಾಗಿದೆ. ಈ ಔಷಧವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ದಿನಕ್ಕೆ ೨೫೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ಕೊಟ್ಟು ದೇಹವು ಅದನ್ನು ತಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದೋ ಹೇಗೆಂಬುದನ್ನು ನೋಡಲಾಗುವುದು. ಅನಂತರ ದಿನಕ್ಕೆ ೦.೭೫ ಗ್ರಾಂ. ನಿಂದ ೧ ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ದಿನವೂ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಬದಲುಗೊಳ್ಳದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಪ್ರಥಮ ಔಷಧಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯದೆ ಉಳಿದರೆ ಈ ಔಷಧವನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಬಳಸಬಹುದಾಗಿದೆ.



ಇಲಿಗಳ ಮೇಲೆ ಮಾಡಿದ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಈಥೈಯೊನೇಮೈಡ್ ಔಷಧವು ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್‌ಗಿಂತ ೧೦ ಪಟ್ಟು, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ಗಿಂತ ೮ ಪಟ್ಟು ಪ್ರಬಲವಾದುದೆಂದು ತೋರ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಯಕೃತ್ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗಗಳ ಮೇಲೆ ಅದರ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು ಗೋಚರಿಸಿಲ್ಲ. ವಾಕರಿಕೆ, ಕೆಲವು ಬಾರಿ ವಾಂತಿ ಮತ್ತು ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ ಇದರ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗಿ ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರಾರಂಭದ ಮೊದಲ ಮೂರು ನಾಲ್ಕು ತಿಂಗಳು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ತೂಕದ ಇಳುವರಿ ಕಂಡುಬರಬಹುದು. ಔಷಧವನ್ನು ಸೇವಿಸಿದ ಆರು ಘಂಟೆಗಳ ಅನಂತರ ಹಾಗೂ ಔಷಧ ಚಿಗಳಿಯನ್ನು ಮಲದ್ವಾರದಲ್ಲಿರಿಸಿದ ಮೂರು ಘಂಟೆಗಳ ಅನಂತರ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಅದರ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಕಂಡುಬರುವುದು. ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲೂ ಇದನ್ನು ಇತರ ಔಷಧಗಳ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಕೊಡಬೇಕು. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಇದನ್ನು ಕೊಟ್ಟ ಒಂದು ತಿಂಗಳಿನಲ್ಲಿಯೇ ರೋಗಾಣುಗಳು ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಮಕ್ಕಳ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿಯಾಗಿ ಔಷಧವು ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಸೂಚನೆಗಳು ಗೋಚರಿಸಿವೆ. ಔಷಧವು ಗುಳಿಗೆಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧವಾಗುತ್ತದೆ. ಒಂದು ಗುಳಿಗೆಯು ೨೫೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಈಥೈಯೊನೇಮೈಡ್ ಔಷಧವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಬಾಯಿಂದ ದಿನಕ್ಕೆ ೦.೭೫ ರಿಂದ ೧ ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಅವರ ತೂಕದ ಪ್ರತಿ ಕೆ. ಜಿ. ಗೆ ೨೦ ರಿಂದ ೪೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ದಿನಕ್ಕೆ ೦.೨೫ ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ಔಷಧ ಕೊಟ್ಟು, ೫ ದಿನಗಳ ಅನಂತರ ಆ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಏರಿಸಿ ೦.೨೫ ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ, ಆ ಮೇಲೆ ೫ ದಿನಗಳು ೦.೨೫ ಗ್ರಾಂ. ದಿನಕ್ಕೆ ಮೂರು ಬಾರಿ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ದಿನಕ್ಕೆ ನಾಲ್ಕು ಬಾರಿ ೦.೨೫ ಗ್ರಾಂ ಪ್ರಮಾಣ ಯೋಗ್ಯವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ.

ಜಠರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ತೊಂದರೆಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ ಔಷಧ ಚಿಗಳಿಯನ್ನು ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಸಾಯಂಕಾಲ ಇಡಲಾಗುವುದು.

ಔಷಧಗಳ ದ್ವಿತೀಯ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ಈಥಾಕ್ಸೈಡ್–೪.೪ ಡೈ ಈಥಾಕ್ಸಿ ಡೈಯೊ ಕಾರ್ಬೊನೈಲಿಡ್ ಸೇರಿದೆ. ಊಟಕ್ಕೆ ಮೊದಲು ಈಥಾಕ್ಸೈಡ್‌ನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ದಿನಕ್ಕೆ ೧ ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ಕೊಡಬೇಕು.

ಕಾನಾಮೈಸಿನ್ ಜೀವಾಣುರೋಧಕವು ಆಕ್ಟಿನೋಮೈಸಿಸ್ ಕಾನಾಮೈಸಿಟಿಕಸ್ (ಉಮೆಜಾವಾ) ನಿಂದ ದೊರಕಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಆಕ್ಟಿನೊಮೈಸಿಟಿಯನ್ನು ದ್ರಾವಕದಲ್ಲಿ ತಳಿ ಮಾಡಿ ಇದನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯಲಾಗುವುದು. ಇದು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರಿದೆ. ಅದನ್ನು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನಂತೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಸಲ ೧,೦೦೦,೦೦೦ ಯುನಿಟ್‌ನಂತೆ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಈ ಔಷಧವು ಶ್ರವಣ ನರದ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಬಲ್ಲದುದಾದರಿಂದ ಕಾನಾಮೈಸಿನ್ ಉಪಯೋಗದ ಮೊದಲು ಶ್ರವಣೇಂದ್ರಿಯದ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು.

ಇತರ ಔಷಧಗಳೊಡನೆ ಕಾನಾಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುವುದು.

ಮೇಲೆ ಸೂಚಿಸಿದ ದ್ವಿತೀಯ ಗುಂಪಿನ ಔಷಧಗಳಲ್ಲದೆ ಡೊಮ್ಯಾಗ್ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ಟಿಬೋನ್‌ನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ 0.0೫ ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಅದರ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮದಿಂದಾಗಿ ಬಳಕೆ ಕ್ವಚಿತವಾಗಿದೆ.

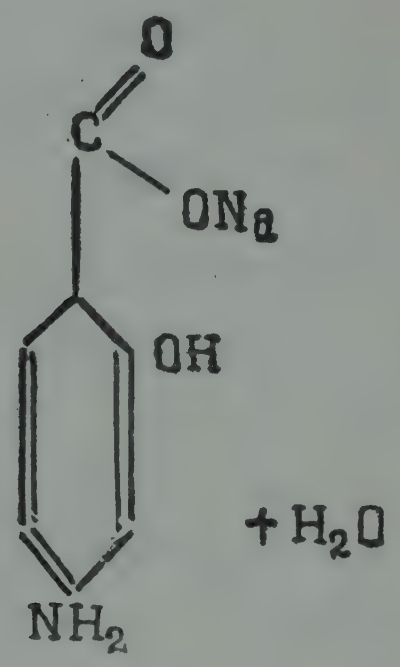


ದ್ವಿತೀಯ ಗುಂಪಿನ ಔಷಧಿಗಳು ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ಮೇಲೆ ಐ.ಎನ್.ಎಚ್. ಮತ್ತು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ಅವು ಪ್ರಥಮ ಗುಂಪಿನ ಔಷಧಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತವೆಂಬುದನ್ನು ಲಕ್ಷದಲ್ಲಿರಿಸಬೇಕು.

ಸೋಡಿಯಂ ಪಾರಾ ಅಮೈನೋಸಾಲಿಸಿಲೇಟ್ (ಪಾಸ್)

ಸೋಡಿಯಂ ಪಾರಾ ಅಮೈನೋ ಸಾಲಿಸಿಲೇಟ್‌ನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ಲೆಹಮನ್ ಸೂಚಿಸಿದ (ಸೋಡಿಯಂ ೪ ಅಮೈನೋ–೨–ಆಕ್ಸಿ–ಬೆಂಜೋಯೇಟ್).

ಪಾಸ್ ಜೀವಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ನಿಲುಗಡೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದಾದರೂ ಆ ಪರಿಣಾಮವು ದೇಹದ ತೂಕದ ಪ್ರತಿ ಕೆ. ಜಿ. ಗೆ ೨೦೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. (ದಿನಕ್ಕೆ



೧೫ ಗ್ರಾಂ. ಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು) ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಆ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ (೧೦ ರಿಂದ ೧೨ ಗ್ರಾಂ. ದಿನಕ್ಕೆ) ಪಾಸ್‌ನ್ನು ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ಕೊಡುವ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಬಳಸಿದಾಗಲೂ, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ಗೆ ಮಣಿಯದಿರುವಿಕೆಯು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವುದನ್ನು ತಡ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಪಾಸ್ ಕರುಳಿನಿಂದ ಹೀರಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ಕೊಡಮಾಡಿದ ಆರು ಘಂಟೆಗಳ ತರುವಾಯ ನೂರಕ್ಕೆ ೭೦ ರಷ್ಟು ಔಷಧವು ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ವಿಸರ್ಜನೆ ಹೊಂದುತ್ತದೆ.

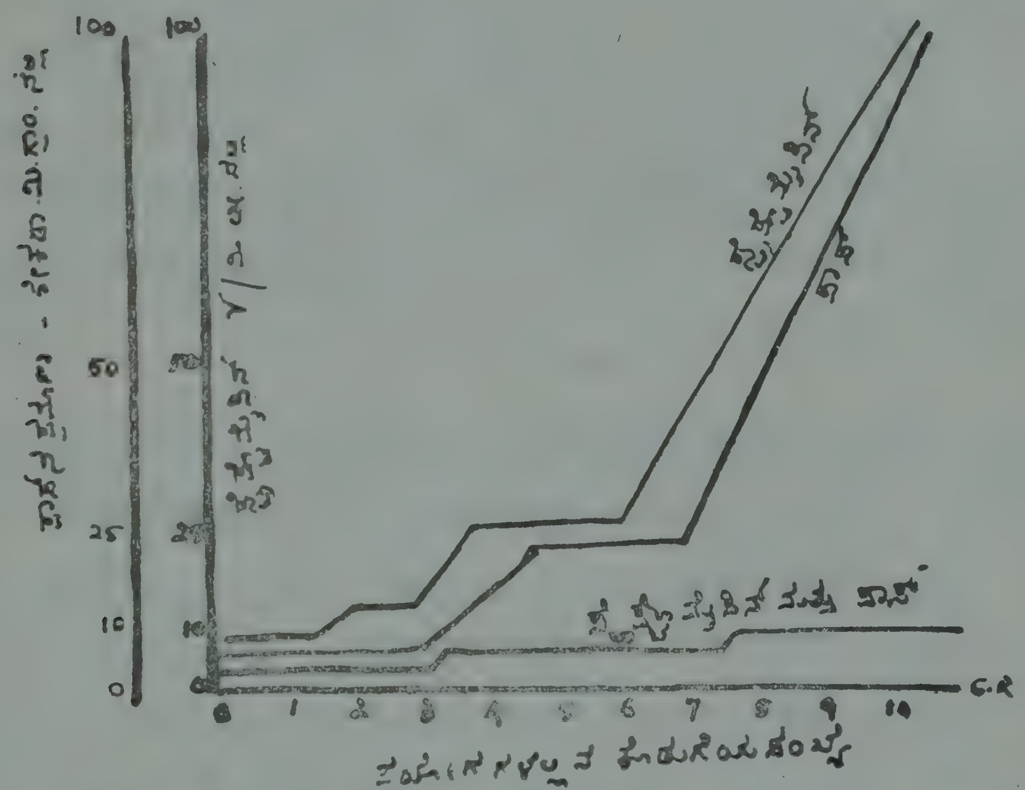
ಸಂಯೋಜಿತ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲು ಮಾಡಿದ ಪ್ರಯೋಗದಲ್ಲಿ, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ (೦.೫ ರಿಂದ ೧ ಗ್ರಾಂ. ದಿನವೂ ದೊಡ್ಡವರಿಗೆ) ಮತ್ತು ಪಾಸ್ (ದಿನವೂ ೧೨ ಗ್ರಾಂ.) ನ್ನು ಬಳಸಿ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಯಿತು. ಅನೇಕ ತಿಂಗಳುಗಳ ಪರ್ಯಂತ ಕ್ಷಯಾಣು ಔಷಧಕ್ಕೆ ಮಣಿಯುವ ಗುಣಲಕ್ಷಣವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತಿದ್ದಿತು.

ಈ ಔಷಧದ ಅನುಪಾನಪತ್ರ ಹೀಗಿದೆ :

℞

ಸೋಡಿಯಂ ಪಾರಾ ಅಮೈನೋ ಸಾಲಿಸಿಲೇಟ್ ೩.೦ ಗ್ರಾಂ. ಪುಡಿಯ ಒಂದು ಪಾಕೀಟನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ ಮೂರು–ನಾಲ್ಕು ಬಾರಿ ಊಟ ಆದ ಅರ್ಧ ಘಂಟೆಯ ಮೇಲೆ ಕಾಲು ಗ್ಲಾಸ್ ಸೋಡಾ ನೀರು ಅಥವಾ ಖನಿಜ ಲವಣಗಳ ಪಾನೀಯದಲ್ಲಿ ಸೇವಿಸಬೇಕು (ಬೋರ್ಜೋಂ).

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಚಿತ್ರ ೬೬ ರಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಿದೆ. ಅದರ ಪ್ರಕಾರ, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್‌ನ್ನು ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಬಳಸಿದಾಗ, ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳೂ



ಚಿತ್ರ ೬೬ : ಪ್ರಯೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟಾಗಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್ ಕೊಟ್ಟಾಗ, ಅವುಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಲ್ಲಿ ಅಜೇಯತ್ವದ ಬೆಳವಣಿಗೆ

ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವವು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಅವೆರಡನ್ನೂ ಸಂಯೋಜಿಸಿ ಒಟ್ಟಿಗೆ ಕೊಡಮಾಡಿದಾಗ ಅಜೇಯತ್ವದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ತುಂಬಾ ನಿಧಾನವಾಗುತ್ತದೆ.

ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ (ಹೊಸ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಬದಲಾವಣೆಗಳು) ವೈದ್ಯರು ಪಾಸ್ ದ್ರವವನ್ನು ರಕ್ತನಾಳಾಂತರವಾಗಿ ಹನಿ ಹನಿಯಾಗಿ ಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ಆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಔಷಧವು, ಪಾರಾ ಅಮೈನೋ ಸಾಲಿಸಿಲಿಟ್‌ನ ೩% ಸ್ಥಿರ ದ್ರವ ರೂಪದಲ್ಲಿ ೨೫೦ ಮಿ. ಲೀ. ಇರುತ್ತದೆ.

ಪಾಸ್ ಒಗ್ಗದಾದಾಗ, ಬೀಮ್ಸ್ (ಬೆಂಜಾಸಿಲ್), ಎಂಬ ೪–ಬೆಂಜೋ–ಅಮಿಡೋ–ಸಾಲಿಸಿಲಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಲವಣವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುವುದು. ಅದನ್ನು ೧೦–೧೪ ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ದಿನಕ್ಕೆ ೩ ರಿಂದ ೪ ಬಾರಿ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಆಹಾರ ಜೀರ್ಣನಾಳ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗಕ್ಕೆ ಬೀಮ್ಸ್ ಅಷ್ಟೊಂದು ಉರಿತವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ.

ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಮತ್ತು ಕೈಕೊಳ್ಳದಿರುವ ಪ್ರಸಂಗಗಳು

ತೀವ್ರತೆಯಿಂದ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಎಲ್ಲ ತೆರನಾದ ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು. ತೀಕ್ಷ್ಣವಾದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ, ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯ ಹಾಗೂ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತದಲ್ಲಿ ತ್ರಿವಿಧ ಔಷಧಿಗಳ ಸಂಯೋಜಿತ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಾಗುವುದು. ಉದಾ : ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ + ಥೈವಿಜೈಡ್ + ಪಾಸ್ ಅಥವಾ ಎರಡು ಔಷಧಗಳ ಸಂಯೋಜನೆಯೂ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ + ಥೈವಿಜೈಡ್, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ + ಪಾಸ್.

ಮೇಲ್ಕಾಣಿಸಿದ ತೆರನಾದ ರೋಗಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿ ಕೊಡಮಾಡಿದರೆ, ನೂರಕ್ಕೆ ೯೦ ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ರೋಗವು ಪ್ರಕಟವಾದ ರೀತಿ, ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಅದರ ತೀವ್ರತೆ ಮತ್ತು ವ್ರಣದ ಮೂಲಭೂತ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಔಷಧಿಗಳ ಸಂಯೋಜನೆಯನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಅದರಲ್ಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದುದೆಂದು ಕೆಲವರ ಭಾವನೆ. ನಿಜವಾಗಿಯೂ ಅದು ತೀಕ್ಷ್ಣವಾದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಔಷಧವಾಗಿ, ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ಔಷಧಗಳೊಟ್ಟಿಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಿದಾಗ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಹರಡಿದ ಕ್ಷಯ, ನಾಶಗೊಂಡು ಪೊಳ್ಳಾದ ಪುಪ್ಪುಸ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣದಲ್ಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಥೈವಿಜೈಡ್ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಅಥವಾ ಪಾಸ್‌ನೊಡನೆ ಕೊಡಮಾಡಿದಾಗ, ಅವು ಪೊಳ್ಳನ್ನು ಕುಸಿಯುವಂತೆ ಮಾಡಿ ಅದನ್ನು ಮುಚ್ಚಲು ಬಹು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ನಿಲ್ಲಿಸದೆ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡಮಾಡಿದಾಗ ಹೊಸದಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಪೊಳ್ಳುಗಳಲ್ಲಿ ನೂರಕ್ಕೆ ೮೦ ರಷ್ಟು ಮುಚ್ಚಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಉಳಿದು ನಾರೆಳೆಗಳಿಂದ ಕೂಡಿ ಪೊಳ್ಳಾದ ಕ್ಷಯ ಅಥವಾ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣಕೋಶದ ಮಧ್ಯ ಸುರಕ್ಷಿತವಾಗಿ ಉಳಿದ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಮಣಿಯುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ರೋಗಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಿ ಅವು ಉಲ್ಬಣಿಸುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು ಅಗತ್ಯವಾದುದರಿಂದ ಆಗ ಪಾಸ್‌ನೊಡನೆ ಥೈವಿಜೈಡ್, ಟೂಬಾಜೈಡ್ ಅಥವಾ ಮೆಥಾಜೈಡ್ ಬಳಕೆ ಮಾಡಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು.

ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಒಳಗೊಂಡ ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರಗೆ ದೇಹದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಕ್ಷಯರೂಪದಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ತೋರಿಬಂದ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್

ಮತ್ತು ಥೈವಿಜೈಡ್ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಬಳಕೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಹುಣ್ಣು ವಾಯ್ದು, ಕರುಳಿನ ಸ್ರಾವ ಮತ್ತು ಚಲನೆ ಮೂಲ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರುತ್ತವೆ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಪಾಸ್‌ನೊಡನೆ ಬಳಕೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಅದು ಮೇಲಿನ ಉಸಿರಾಟಮಂಡಲ, ದನಿನಾಳ, ಶ್ವಾಸನಾಳ ಮತ್ತು ಉಸಿರುನಾಳದ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ–ಜನನ ಮಂಡಲದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಪಾಸ್‌ನೊಡನೆ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಅಥವಾ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಬಳಸಿದಾಗ ಸಹ, ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿನ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣಗಳ ಮೇಲೆ ತೋರಿಬರುವ ಪ್ರಭಾವ ಅಷ್ಟಾಗಿಲ್ಲ.

ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಅಥವಾ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಪಾಸ್‌ನೊಡನೆ ಸೇರಿಸಿ ಕೊಡುವ ಸಂಯೋಜಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕೀಲಿನ ಕ್ಷಯರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ. ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಈ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಧಿಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿದೆ. ವಿಶಿಷ್ಟ ಸ್ಯಾನಿಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿ ದೇಹಸ್ಥಿತಿಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ನೀಡುವ ಸಹಾಯಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ರೋಗಿಯನ್ನು ತೀವ್ರ ವಾಗಿ ಚೇತರಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಿ ಕಾಲಿನಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತೆರನಾದ ನ್ಯೂನತೆಯನ್ನು ಉಳಿಸಿ ಅಸಹಾಯಕನನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ.

ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕೀಲಿನ ಕ್ಷಯದಿಂದ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ತೂತುಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋ ಮೈಸಿನ್ ಹೆಚ್ಚು ಉಪಯುಕ್ತವೆಂದು ತೋರಿಬಂದಿದೆ.

ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್) ಯು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಎದೆಯ ಒಳ ಮತ್ತು ಹೊರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿನ ಹೊಸ ಶೋಧಗಳು ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಬೆಳೆದಿವೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಿಂತ ಮೊದಲು ಎರಡು ತಿಂಗಳಿನಿಂದ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡಮಾಡಬೇಕು. ಆ ಔಷಧಿಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರ ನಡೆಯಬೇಕಲ್ಲದೆ, ಅವುಗಳನ್ನು (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಥೈವಿಜೈಡ್) ಅನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲೂ, ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂನಲ್ಲಿ ನೀಡುವ ಆರೋಗ್ಯವೃದ್ಧಿಯ ಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಪೋಷಕಾಹಾರದೊಟ್ಟಿಗೆ ಕೊಡುವುದು ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ತ.

ಈ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕ್ಷಯ ಹೊಂದಿದ ಗರ್ಭಿಣಿಯು ಚೆನ್ನಾಗಿ ತಾಳಬಲ್ಲಳು. ಹೆರಿಗೆಯ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ಅನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಹು ಮುಖ್ಯ.

ಈಚೆಗೆ, ಮೂಲಭೂತ ಔಷಧಿಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯದ ಕ್ಷಯರೂಪಗಳು ತೋರಿ ಬಂದಿದ್ದು, ಅದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಹೊಸ ಔಷಧಿಗಳ ಸಂಯೋಜಿತ ರೂಪಗಳ ಬಳಕೆ ಅಗತ್ಯ. ಅಜೇಯ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ ಇಥಯೋನೇಮೈಡ್ (ಟ್ರೆಕಟಾರ್–೧೩೧೪–ಥ), ಸೈಕ್ಲೋಸೀರಿನ್, ಇಥಾಕ್ಸೈಡ್ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಬಳಸಬೇಕು. ಹೊಸ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ಗುಂಪಿನ ಔಷಧಿಗಳೊಡನೆ ಬಳಸುವುದು ಯೋಗ್ಯ.

ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಮತ್ತು ಕೈಕೊಳ್ಳದಿರುವ ಪ್ರಸಂಗಗಳು

ಅ. ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಪ್ರಸಂಗಗಳು

೧. ತೀವ್ರ ರೂಪಗಳು

೧. ಎಲ್ಲೆಡೆಗೆ ಪಸರಿಸಿದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ : ತ್ರಿವಿಧ ಸಂಯೋಜನೆ : ದಿನವೂ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ೧.೦ ಗ್ರಾಂ. ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಗೆ, ಥೈವಿಜೈಡ್ ದಿನವೂ ೧.೦–೨.೦ ಅಥವಾ ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್ ೦.೪೫–೦.೬ ದಿನವೂ ಮತ್ತು ಪಾಸ್ ೧೨.೦ ದಿನವೂ– ಇವೆಲ್ಲ ೨ ರಿಂದ ೩ ತಿಂಗಳು ಕಾಲ, ಅನಂತರ ಒಂದು ವರುಷಕ್ಕೆ ಕಡಿಮೆಯಿಲ್ಲದಂತೆ ೧ ರಿಂದ ೨ ವರುಷಗಳ ಕಾಲ ಅದೇ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್ ಅಥವಾ ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್.

೨. ಮೆದುಳ ಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯ : ಮೇಲಿನಂತೆ

೩. ಪುಪ್ಪುಸದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ : ಮೇಲಿನಂತೆ

೪. ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುರಿತ : ಮೇಲಿನಂತೆ

೨. ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕ್ಷಯ

೧. ರಕ್ತಾಂತರ್ಗತ ಹರಡಿಕೆ : ತ್ರಿವಿಧ ಸಂಯೋಜನೆ : ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್ ಅಥವಾ ಥೈವಿಜೈಡ್ + ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ + ಪಾಸ್ ಎರಡು ಅಥವಾ ಮೂರು ವಾರ ಕಾಲ ಅನಂತರ ಎರಡು : ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್ ಅಥವಾ ಥೈವಿಜೈಡ್ + ಪಾಸ್.

೨. ಗಂಟುಗಟ್ಟಿದ ಅಥವಾ ಹಬ್ಬಿದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ : ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ದ್ವಿ ಅಥವಾ ತ್ರಿವಿಧ ಸಂಯೋಜನೆ, ಅನಂತರ ಎರಡು ಔಷಧಿಗಳು : ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್ ಅಥವಾ ಥೈವಿಜೈಡ್ + ಪಾಸ್ ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ವರ್ಷ ಕಾಲ. ನಾಶಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ೧½ ಯಿಂದ ೨ ವರುಷಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಿಲ್ಲದಷ್ಟು.

೩. ನಾರೆಳೆಯಿಂದೊಡಗೂಡಿದ ಸಾವೆ ಕ್ಷಯ :	ಎರಡು ಅಥವಾ ಮೂರು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕುಸಿಯುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯೊಡನೆ ಕೊಡಬೇಕು.
೪. ಕ್ಷಯಗಂಟು :	ಐ. ಎನ್. ಎಚ್. ಮತ್ತು ಪಾಸ್ ಕೆಲವು ಸಮಯ. ನಾಶಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು, ಔಷಧಿಗಳ ಪ್ರಭಾವದಡಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕು.
೫. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆ :	ಎರಡರ ಸಂಯೋಜನೆ : ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್ ೦.೪೫–೦.೬ ಅಥವಾ ಥೈವಿಜೈಡ್ ೧.೦ ದಿನವೂ + ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೊಮೈಸಿನ್ ೧.೦ ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಗೆ ಎರಡು ತಿಂಗಳು ಕಾಲ, ಅನಂತರ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಅಥವಾ ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್ + ಪಾಸ್. ಅವು ಪ್ರಭಾವರಹಿತವಾದರೆ, ಕೃತಕ ಔಷಧಿಗಳೊಟ್ಟಿಗೆ ರಸದೂತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ– ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ಅಥವಾ ಪ್ರೆಡ್ನಿಸೋಲೋನ್ ಒಂದು ತಿಂಗಳು ಕಾಲ. ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಒಂದು ವರುಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಿಲ್ಲದಷ್ಟು.

೩. ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರಗಿನ ಕ್ಷಯ

೧. ಉಸಿರುನಾಳದ ಕ್ಷಯ (ದನಿನಾಳ ಮತ್ತು ಉಸಿರುನಾಳ :	ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಗೆ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ + ಪಾಸ್, ಅಥವಾ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ + ಥೈವಿಜೈಡ್ ಬಿಡದೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಅಥವಾ ಸಾಲುಜೈಡ್ ನೊಡನೆ ಔಷಧಿ ತುಂತುರು.
೨. ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳ ಕ್ಷಯ :	ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ + ಥೈವಿಜೈಡ್. ಬಿ ಗುಂಪಿನ ಜೀವಸತ್ವಗಳು. ಅನೇಕ ತೆರನಾದ ಜೀವಸತ್ವಗಳು.
೩. ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗಗಳ ಕ್ಷಯ :	ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ + ಥೈವಿಜೈಡ್ ಅಥವಾ ಪಾಸ್ ಸತತವಾಗಿ.
೪. ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕೀಲಿನ ಕ್ಷಯ :	ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ + ಥೈವಿಜೈಡ್. ಥೈವಿಜೈಡ್ + ಪಾಸ್ ಸತತವಾಗಿ.
೫. ಚರ್ಮದ ಕ್ಷಯ :	ಮೇಲಿನಂತೆ

೪. ಕುಶಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರ

೧. ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿ :	ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ೨–೪ ತಿಂಗಳು ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ. ಅನಂತರ ಎದೆಗಾಳಿಯೊಡನೆ ಸತತವಾಗಿ.

೨. ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವುದು	ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಿಂತ ಮೊದಲು ೨–೪ ತಿಂಗಳು : ಅನಂತರ ಸತತವಾಗಿ ಒಂದು ವರುಷಕ್ಕೆ ಕಡಿಮೆ ಯಿಲ್ಲದಷ್ಟು.
೩. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗೆ ಗಾಳಿ ಸೇರಿಕೆ ಮಾತ್ತು ಎದೆಗೂಡಿನ ರಿಪೇರಿ :	ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮೊದಲು ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲ ಮತ್ತು ಅನಂತರ (ಒಂದು ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಕಡಿಮೆಯಿಲ್ಲದಷ್ಟು) ಸತತವಾಗಿ.

ಸೂಚನೆ : ಜೀವಾಣುಗಳು ಮೂಲಭೂತ ಔಷಧಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವ ಪಡೆದಾಗ ದ್ವಿತೀಯ ಗುಂಪಿನ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಸಂಯೋಜಿಸಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು.

ಬ. ಕೈಕೊಳ್ಳದಿರುವ ಪ್ರಮೇಯಗಳು

೧. ಔಷಧಗಳನ್ನು ಎಷ್ಟೂ ತಾಳದಿರುವಿಕೆ, ಔಷಧದಿಂದಾಗಿ ಜ್ವರ, ರಕ್ತ ಸ್ರಾವದ ಸ್ಥಿತಿ. ಚರ್ಮ ದುರಿತ, ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ಹುಣ್ಣು, ನರದುರಿತ, ಮತ್ತಿತರ ಲಕ್ಷಣಗಳು ರಸದೂತ (ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್.) ಮತ್ತು ಹಿಸ್ಟಮಿನ್‌ರೋಧಕ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದಾಗಲೂ ಫಲ ನೀಡದಾದಾಗ.

೨. ಬಿಳ್ಕಣಗಳ ಇಳಿತ.

೩. ರಕ್ತ ಒತ್ತಡದ ಏರಿಕೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತ ಕಣಗಳ ಕಿರಿದುಗೊಂಡ ಲಕ್ಷಣಗಳು : ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯ.

೪. ಕಿವಿಯ ನರದ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ವ್ಯತ್ಯಯ. ತಲೆಸುತ್ತು, ಜೋಲಿ ಹೋಗುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಕಿವುಡುತನ (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನಿಂದಾಗಿ).

ಚರ್ಮರೋಗವಿದ್ದಾಗ ರೋಗಿಯು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಬಹುದಾದುದರಿಂದ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡುವಾಗ ಹುಷಾರಾಗಿರಬೇಕು. (ವಿಶಿಷ್ಟ ತೆರನಾಗಿ ಮೊದಲೇ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬೇಕು.)

ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಒಂದೆರಡು ವರುಷಗಳ ವರೆಗೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ರಣದ ವಿಧ. ಶ್ವಾಸ ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭದಿಂದ ಕಳೆದುಹೋಗಿರುವ ಸಮಯ, ಉಂಟುಮಾಡಿರುವ ನಾಶ ಮತ್ತು ಬೇರೆ ಅಂಗಭಾಗಗಳಿಗೆ ಅದರ ಹಬ್ಬುಗೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಧಿ ನಿರ್ಧರಿತವಾಗುವುದು.

ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಪರೀಕ್ಷೆ :

೧. ಜೀವಾಣುಗಳ ನಿರ್ನಾಮ (ತಳಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ನಿರ್ಧಾರ).

೨. ನಂಜಿನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ದೂರವಾಗುವಿಕೆ, ಉಷ್ಣತೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತಚಿತ್ರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಬರುವಿಕೆ (ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ರ. ತ. ಸೇ.)

೩. ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬಂದ ರೋಗಿಷ್ಠ ವ್ರಣಗಳ ಮಾಯುವಿಕೆ, ರೋಗ ದ್ಯೋತಕವಾಗಿ ಉಳಿದ ಮುರುಟಿದ ಅಥವಾ ಬದಲುಗೊಳ್ಳದ ಕಲೆ–ಅವು ಮರುಕಳಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅದನ್ನು ಎದೆ ಚಿತ್ರ ಮತ್ತು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಿಂದ ದೃಢಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ದೇಹ ಮತ್ತು ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಅಂಗಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವದೇ ತೆರನಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿದಾಗ, ೨–೩ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲಾಗುವುದು. ಅಂಗನಾಶವನ್ನು ಮತ್ತು ವಿಸ್ತೃತಗೊಂಡ ರೋಗವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿದಾಗ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯ. ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಒಂದರ ನಂತರ ಮತ್ತೊಂದು ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯರೂಪದಲ್ಲಿ ತರಲಾಗುತ್ತದೆ. ಎರಡು–ಮೂರು ತಿಂಗಳು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಥೈವಿಜೈಡ್ ಅಥವಾ ಪಾಸ್‌ನ್ನೊಳಗೊಂಡ ತ್ರಿವಿಧ ಸಂಯೋಜನೆಯನ್ನು ಕೊಟ್ಟ ನಂತರ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್‌ನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ವಿಸ್ತೃತವಲ್ಲದ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ಕೊಡಬಹುದೆಂದು ಅನುಭವಕ್ಕೆ ತೋರಿಬಂದಿದೆ. ಅದನ್ನು ೪೮ ಘಂಟೆಗಳಿಗೊಂದಾವರ್ತಿ ಅಥವಾ ವಾರದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಬಾರಿ, ದಿನವೂ ಕೊಡುವ ಪಾಸ್‌ನೊಡನೆ ಕೊಡಬಹುದು. ನಿರಂತರವಾಗಿ ಕೊಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಂಬಲರ್ಹವಾದುದರಿಂದ, ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ಕೊಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಷ್ಟಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿಲ್ಲ.

ಸಾಧ್ಯವಾದರೆ ನಾಶಹೊಂದುವ ಮೊದಲೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಕೈಕೊಳ್ಳುವುದು ಬಹು ಮುಖ್ಯ. ಅದು ಯೋಗ್ಯ ಫಲ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ ೨–೩ ತಿಂಗಳಲ್ಲೇ ಅದರ ಫಲ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗೋಚರವಾಗುತ್ತದೆ. ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಮಾಡಿದ ಅನಂತರ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ವಿವಿಧ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು. ಈ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ದ್ವಿತೀಯ ಗುಂಪಿನ ಔಷಧಿಗಳೊಡನೆ ಕೊಡಮಾಡಿದಾಗ ಮೂಲಭೂತ ಔಷಧಿಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯದ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ ನಿಧಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಅದು ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಅಡ್ಡಾದಿಡ್ಡಿಯಾಗಿ ಕೆಲ ಕಾಲ ಕೊಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇಲ್ಲವೆ ರೋಗಿಯು ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಔಷಧದ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುವುದು. ಪ್ರಾರಂಭದಿಂದಲೇ ಸಂಯೋಜಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ದ್ವಿತೀಯ ಗುಂಪಿನ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತಾಳಲಾರದಾಗ ಒಂದೇ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು.

ಔಷಧಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವಾಗ, ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮುಖ್ಯಾಂಶದ ಮೇಲೆ ಡಿ. ಎಲ್. ರೋಮನಾವ್ಸ್ಕಿ ೧೯೬೧ ರಲ್ಲಿ ಹೇಳಿದ ಮಾತನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು.

ಅವನ ವಿಚಾರದಂತೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿಶಿಷ್ಟ ಪರಿಣಾಮ ರೋಗಾಣುವಿನ ಮೇಲೆ, ಅವು ಗಳಿಂದ ಬಂದ ಜೀವಿಷದ ಗುಣನಾಶಕದಲ್ಲಿ, ಮತ್ತು ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೇಲಿದೆ. ಗುಣ ಹೊಂದುವ ಶಕ್ತಿಯು ಮೇಲಿನ ಹಿಡಿತ ಜೀವಿಯ ಮೇಲಿದೆ. ರೋಮುನಾವ್ಸಿಕಿ ಹೇಳಿದಂತೆ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಜೀವಿಷದ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಿ, ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದಲ್ಲದೆ, ಮಾನವ ದೇಹದಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವಲ್ಲಿ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕಾರ್ಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ದೂರ ಮಾಡುವಿಕೆ

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳು ದೊರೆಯುವುದರ ಜೊತೆಗೆ, ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬೇಡದ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಉದ್ಭವವಾಗಬಹುದು. ಅವು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಖರವಾಗಿ ತೋರಿಬರುವುದಿಲ್ಲ. ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿ ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯ ಸಹಾಯಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಕೊಂಡಾಗ ಅವು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಮಾಯವಾಗುವುವು. ಥೈವಿಜೈಡ್ ಅಥವಾ ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್ (ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್) ನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಉಪ ಯೋಗಿಸುವಾಗ, ಓಕರಿಕೆ, ತಲೆಸುತ್ತು, ಹೊಟ್ಟೆನೋವು ಮತ್ತು ನರದೌರ್ಬಲ್ಯ ತಲೆ ದೋರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಸಲ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನೇ ತ್ಯಜಿಸುವಷ್ಟು ಅವು ತೀವ್ರ ವಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಇವು ವಿಷಾರಿ– ಮತ್ತು ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಾಗಿದ್ದು ಅವು ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್‌ನ ಜೀವಸ್ತುಕಣ ಕ್ರಿಯೆಯ ಅಂಶ ವಾಗಿವೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ α-ಕೀಟೋನ್ ಆಮ್ಲಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಪಿರಿಡಾಕ್ಸಿನ್ (ಜೀವಸತ್ವ ಬಿ–೬) ಹೆಚ್ಚು ಸಿದ್ಧವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಪಿರಿಡಾಕ್ಸಿನ್ ಕೊಟ್ಟರೆ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ದೂರವಾಗುತ್ತವೆ. ಔಷಧದ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೊಡುವುದರಿಂದ ಅಂತಹ ಪರಿಣಾಮ ಗಳು ತೋರಿಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಪ್ರಾರಂಭದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಿಂದ ಶಮನಗೊಳಿಸಬೇಕು.

ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಒಂದೊಂದಾಗಿ ಕೊಡದ ಒಟ್ಟಾಗಿ ಕೊಡುವುದರಿಂದ, ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಯಾವ ಔಷಧದಿಂದ ಬಂದು ದೆಂಬುದನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳ

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗಾದರೆಯಂತೆ, ಗೊಬ್ಬರದಂತೆ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಮೇಲೆದ್ದು ತೋರುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿ ತೋರಿದ ಚರ್ಮದ ಉರಿತದಿಂದ ತುರಿಕೆ ಸದಾ ಗೋಚರಿಸುವುದನ್ನು ಲೇಖಕನು ಕಂಡಿದ್ದಾನೆ. ಈ ತೆರನಾದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎರಡು ಅಥವಾ ಮೂರನೆಯ ವಾರದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಅತ್ಯಂತ ಕ್ವಚಿತವಾಗಿ, ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್ ಸೇವನೆಯ ನಂತರ, ಲೋಮನಾಳ ಗಳಿಂದ ರಕ್ತದ ಒಸರಿಕೆ ತೋರಿಬರಬಹುದು.

ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಸೇರದಿರುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಹೊರಾಂಗಣ ನರದ ವ್ಯತ್ಯಯವುಂಟಾ ಗುವುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಆಗ ನಡೆದಾಡುವಾಗ ತಲೆಸುತ್ತು, ತಲೆ ತಿರುಗಿ ಬೀಳುವಿಕೆ, ತಲೆನೋವು ಕಂಡುಬರುತ್ತದಲ್ಲದೆ, ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಪಾರ್ಶ್ವ ಬದಲಿಸಿ ದಾಗ ವಾಂತಿ ಬರಬಹುದು. ಡೈ ಹೈಡ್ರೋ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಬಳಸುವಾಗ ಶ್ರವಣೇಂದ್ರಿಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ಆಗ ೮ ನೆಯ ಜೊತೆಯ ಕಪಾಲ ನರ (ಶ್ರವಣ ನರಗಳು) ಗಳಿಗೆ ಧಕ್ಕೆ ತಗುಲಿ ಕಿವುಡುತನ ಉಂಟಾಗುವ ಪ್ರಮೇಯ ವಿದೆ. ಅದುದರಿಂದ ಡೈ ಹೈಡ್ರೋ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಕಾನಾಮೈಸಿನ್ ಕೊಡುವ ಮೊದಲು ಶ್ರವಣ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿರಬೇಕು.

ಥೈವಿಜೈಡ್ ಕೊಟ್ಟ ಮೇಲೆ ವಿಪರೀತ ಸಂತೋಷ, ನಿದ್ದೆ ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಹೃದಯ-ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಿ ರಕ್ತಒತ್ತಡವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬಹುದು; ಹೃದಯ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ನೋವನ್ನುಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಿಲುಗಡೆಯಿಂದ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ದೂರವಾಗುತ್ತವೆ. ಅದರಿಂದ ಯಾವ ಪರಿಣಾಮವೂ ತೋರಿ ಬರದಿದ್ದರೆ, ಹಿಸ್ಟಮಿನ್ ರೋಧಕ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಉದಾ : ಡೈ ಮೆಡ್ರಾಲ್ (ಡೈ ಮೆಡ್ರೋಲಿ ೦.೦೨ ರಿಂದ ೦.೦೫ ಗ್ರಾಂ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ) ಕೊಡಬೇಕು. ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಲವಣವನ್ನು ದ್ರವರೂಪದಲ್ಲಿ (ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಕ್ಲೋರೈಡ್ ದ್ರವ ೧೦.೦ : ೨೦೦.೦, ದಿನಕ್ಕೆ ಮೂರು ನಾಲ್ಕು ಬಾರಿ ಒಂದು ದೊಡ್ಡ ಚಮಚೆ) ಅಥವಾ ಗ್ಲುಕೋನೇಟ್‌ನಂತೆ (ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಗ್ಲುಕೋನೇಟ್ ೧.೦ ದಿನಕ್ಕೆ ಮೂರು ಬಾರಿ) ಕೊಡುವುದು ಉಪಯುಕ್ತಕಾರಿ. ತುಂಬಾ ತೀವ್ರವಾದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿದ್ದು, ಪ್ರತಿ ಕ್ಷಣವೂ ಅಮೂಲ್ಯವಾಗಿದ್ದರೆ ರಸದೂತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು (ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್.) ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ೧೦ ರಿಂದ ೨೦ ಯುನಿಟ್‌ಗಳು ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ) ಕೂಡಲೇ ಕೊಡಬೇಕು.

ಕೆಲವು ಬಾರಿ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ರಸದೂತಗಳೊಟ್ಟಿಗೆ ಕೊಡ ಬೇಕಾಗುವುದು. ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಜೀವಸತ್ವದ ಅಂಶಗಳು ವಿಪುಲವಾಗಿರುವುದು ಮುಖ್ಯ. ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಜೀವಸತ್ವಗಳನ್ನು ಮುಂಜಾಗ್ರತೆಯಿಂದಾ

ಗಲೀ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೋಸ್ಕರವಾಗಲೀ ಕೊಡಮಾಡಿದಾಗ ಚಿಕಿತ್ಸಕ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶ ಗಳತ್ತ ಗಮನವಿಡಬೇಕು.

೧. ಅಸ್ಕಾರ್ಬಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಪೂರೈಕೆಯನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಬೇಕು. (೦.೨೫ ರಿಂದ ೦.೩೫ ಗ್ರಾಂ. ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ, ದೊಡ್ಡವರಿಗೆ).

೨. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಕೊಡುವಾಗ, ಬಿ–೨ ಜೀವಸತ್ವದ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರಿದ ಪ್ಯಾಂಟೋಥೀನಿಕ್ ಆಮ್ಲ (ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಪ್ಯಾಂಟೋಥೀನೇಟ್) ನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿಯಂತೆ, ಒಟ್ಟು ೪೦೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ನಷ್ಟು ಕೊಡ ಬೇಕು. ಅದರಿಂದ ಜೀವಾಣುರೋಧಕವು ಶ್ರವಣ ನರದ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು.

೩. ಐಸೋನಿಕೋಟಿನಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಹೈಡ್ರಾಜೈಡ್‌ನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸು ದಾಗ ಅದರ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ದೂರ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಪಿರಿಡಾಕ್ಸಿನ್ (ಜೀವಸತ್ವ ಬಿ–೬) ದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಅದನ್ನು ೫೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಒಮ್ಮೆ ಅಥವಾ ಎರಡು ಬಾರಿ ಸ್ನಾಯುವಿ ನೊಳಕ್ಕೆ ಇಲ್ಲವೆ ೮.೦೨೫ ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಒಮ್ಮೆ ಅಥವಾ ಎರಡು ಮೂರು ಬಾರಿ ಕೊಡಬೇಕು.

ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೊಡನೆ ಸ್ಟಿರಾಯ್ಡ್ ರಸದೂತಗಳು (ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಹೆಚ್. ಮತ್ತು ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್)

ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಾಗಲೂ ರೋಗಿಯು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದುವುದಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಬಹುಶಃ ದೈಹಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಿದ ವ್ರಣದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಅಡಕವಾಗಿರಬೇಕು. ತುಂಬಾ ಒರಟಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು, ಗಿಣ್ಣ ಗಟ್ಟಿದ ನಾಶ, ಪರಿಮಿತ ಕೋಶ, ರೂಪುಗೊಂಡ ಟೊಳ್ಳು ಪ್ರದೇಶಗಳು ರೂಢಿ ಯಲ್ಲಿನ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯಲಾರದ ಸಂಭವವಿದೆ.

ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೊಡನೆ ಕೆಲವು ರಸದೂತಗಳನ್ನು ಕೊಡಮಾಡಿದರೆ, ಹೆಚ್ಚು ಉರಿತವನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸುತ್ತಿರುವ ವ್ರಣಗಳ ಮುನ್ನಡೆಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ತೋರಿಬರುವುದೆಂಬುದನ್ನು ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಸೂಚಿಸಿವೆ. ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿಯ ಸ್ಟಿರಾಯ್ಡ್ ರಸದೂತಗಳು, ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರತರ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತವೆಂಬುದು

ಎಲ್ಲರ ತಿಳಿವಳಿಕೆ. ಇಂದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿಯ ಹೊರಪದರನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವ ರಸದೂತಕ್ಕೆ (ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್.) ಇದು ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಅದರ ಮೂಲಕವಾಗಿ ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ. ಸ್ರಾವಗ್ರಂಥಿಯ ಮುಂದಿನ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿನ ಮಾರಾಮ್ಲ ಕಣಗಳಲ್ಲಿ, ಪಾಲಿಪೆಪ್ಟೈಡ್ ಆದ ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ಸಿದ್ಧಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಪರಿಶುದ್ಧ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಈ ಔಷಧವನ್ನು ಹಂದಿ ಮತ್ತು ದನ–ಕರುಗಳ ಸ್ರಾವ ಗ್ರಂಥಿಯಿಂದ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪಿ. ಎಚ್. ೩ ರಿಂದ ೩.೫ ರಲ್ಲಿ ಇದು ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಸುಲಭ ವಾಗಿ ಕರಗುತ್ತದೆ. ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ಒಣ ಪುಡಿಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ೨೦ ರಿಂದ ೩೦ ಯುನಿಟ್‌ಗಳಿರುವ ದ್ರವದ ರೂಪದಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ನಾಲ್ಕರಿಂದ ಏಳು ದಿನಗಳ ವಯಸ್ಸಿನ ಇಲಿಯ ಓಮಗ್ರಂಥಿಯ ತೂಕವನ್ನು ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಕೆಳಕ್ಕಿಳಿಸಲು ಬೇಕಾದ ಕನಿಷ್ಟ ಮಟ್ಟ ಪ್ರಮಾಣದ ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ಗೆ ಇದರ ಒಂದು ಯುನಿಟ್ ಸಮನೆನಿಸಿದೆ. ಈ ಔಷಧವನ್ನು ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ೧೦ ರಿಂದ ೨೦ ಯುನಿಟ್ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ, ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೊಟ್ಟಿಗೆ ಯಾವಾಗಲೂ (ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್, ಥೈವಿಜೈಡ್, ಪಾಸ್) ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಈ ಔಷಧಗಳು ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣದ ಮೇಲೆ ರಸದೂತವು ಉಂಟುಮಾಡುವ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಮಂದಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ. ರಸದೂತವು ಕೋಶದಲ್ಲಿನ ಲೋಮರಂಧ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ವ್ರಣ ಮತ್ತು ಅದರ ಸುತ್ತಲಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತವೆ.

ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿಯ ಹೊರ ಪದರಿನ ಉತ್ತೇಜಕವಾಗಿ ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್, ಕಾರ್ಟಿಕೋಸ್ಟೀರಾಯ್ಡ್– ಅದರಲ್ಲೂ ಗ್ಲುಕೋ ಕಾರ್ಟಿಕಾಯ್ಡ್ ಗಳು (ಕಾರ್ಟಿಕೋಸ್ಟಿರೋನ್, ಹೈಡ್ರೋ ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್, ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್, ಇತರ) ಪ್ರೋಟೀನ್, ಶರ್ಕರ ಪಿಷ್ಟಗಳು, ಕೊಬ್ಬು ಮತ್ತು ಲವಣಗಳ ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆ ಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿ, ಅವುಗಳು ರಕ್ತದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರಬೇಕಾದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿ ಸುತ್ತವೆ.

ಜೀವಸ್ತುಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪ್ರಬಲವಾಗಿ ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿ ತರುವ ಎ.ಸಿ.ಟಿ.ಎಚ್. ಮಧ್ಯ ಮೆದುಳಿನ ಹೈಪೋಥಲಾಮಸ್ ಮತ್ತು ಪಿಟ್ಯುಟರಿ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಪ್ರಭಾವದಡಿ ಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ನಿಂದ ಯಾವ ಪರಿಣಾಮವನ್ನೂ ನಿರೀಕ್ಷಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿಯ ಹೊರ ಪದರಿನ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ವ್ಯತ್ಯಯವೂ ಇಲ್ಲ ದಿದ್ದಾಗ ಮಾತ್ರ ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ಕೊಡಲಾಗುವುದೆಂಬುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು. ಅದನ್ನು ಥಾರ್ನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು.

ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ೨೫ ಯುನಿಟ್ ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ನ್ನು ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಡಂಗರ್ ತೋರಿಸಿದಂತೆ, ಅದನ್ನು ಕೊಡುವ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ಅನಂತರ ನಾಲ್ಕು ಘಂಟೆಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಎಣಿಸಬೇಕು. ಕೆಂದು ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಶತಾಂಶ ೫೦ ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾದರೆ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯೆಂದು ತಿಳಿದು ಈ ರಸದೂತ ಗಳನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು.

ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಕೊಡುವುದರಿಂದ ಅದು ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿಯನ್ನು ದೊಡ್ಡದು ಮಾಡಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಒಂದೆರಡು ತಿಂಗಳು ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಕೊಡುವ ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್‌ನ್ನು ಇದರ ಬದಲು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಕೊಡಬಹುದು.

ಎನ್. ಎ. ಷ್ಮೆಲೋಯ್ ಪ್ರಕಾರ ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಹೆಚ್. ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್‌ನ್ನು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿರುವ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿಯಲ್ಲಿ ಕೊಡುವುದು ಯೋಗ್ಯ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯದ ಪೊಳ್ಳಿನಲ್ಲಿ ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಲೇಖಕನು ನೋಡಿದ್ದಾನೆ.

ಸಂಪರ್ಕಕೋಶ ಮತ್ತು ಲೋಮನಾಳಗಳ ರಂಧ್ರಗಳನ್ನು ಕಿರಿದುಗೊಳಿಸುವುದ ರಿಂದ ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ಯೋಗ್ಯ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತೆ ಒತ್ತಿ ಹೇಳಬಯಸುತ್ತೇವೆ. ರಸದೂತಗಳೊಟ್ಟಿಗೆ ಕೊಡಮಾಡಿದಾಗ, ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಕೊಡಬಹುದು.

ಆದರೂ, ರಸದೂತಗಳನ್ನು ಆಯ್ದು ಕೊಡುವಾಗ ಹೆಚ್ಚು ಲಕ್ಷ್ಯ ವಹಿಸಬೇಕು. ಅದಕ್ಕೆ ಮೊದಲು ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗ ಮೇಲ್ಗ್ರಂಥಿಯ ಹೊರ ಪದರಿನ ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಯ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ತುಂಬಾ ಅಗತ್ಯ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ತೋರಿ ಬರಬಹುದಾದ ರಕ್ತನಾಳದಲ್ಲಿ ಒತ್ತಡದ ಇಳಿತ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಕುಸಿಯುವಿಕೆ ಯಂತಹ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬರುವಿಕೆಗೆ ಕಾರಣವನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವುದು ಅಗತ್ಯ.

ರೂಢಿಯಲ್ಲಿರುವ ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ಅಲ್ಲದೆ, ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡ ಬಲ್ಲ ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ಜಿಂಕಮ್ ಫಾಸ್ಫೇಟ್ ಈಗ ದೊರೆಯುತ್ತಿದೆ. ಅದರ ಒಂದು ಇಂಜೆಕ್ಷನ್, ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ನ ಮೂರು–ನಾಲ್ಕು ಇಂಜಕ್ಷನ್‌ಗೆ ಸಮ ವೆನಿಸಿದೆ. (ಎಂ. ಡಿ. ಮೊಸ್ಕೊವ್ಸಿಕಿ)

ಎ. ಸಿ. ಟಿ. ಎಚ್. ಕೊಡುವ ಪ್ರಸಂಗಗಳಲ್ಲಿಯಂತೆಯೇ (ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ ಮತ್ತು ಸ್ರಾವಿಕೆ) ಪ್ರೆಡ್ನಿಸೋಲೊನ್ (ಡೆಲ್ಟಾ–೧–ಹೈಡ್ರೊಕಾರ್ಟಿಸೋನ್) ಮತ್ತು ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್ (೧೧–ಡೈ ಹೈಡ್ರೋ – ೧೭ – ಆಕ್ಸಿ – ಕಾರ್ಟಿಕೋಸ್ಟಿರೋನ್ – ೨೧–

ಅಸಿಟೇಟ್) ನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಲಕ್ಷ್ಯ ವಹಿಸಿ ಕೊಡಬೇಕು. ಕೆಲವು ಬಾರಿ, ಈ ಔಷಧ ಗಳು ರೋಗವನ್ನು ಉಲ್ಬಣಿಸಬಹುದು. ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ಕೊಡುವ ಕಾರ್ಟಿ ಸೋನ್, ಮಿ. ಲೀ. ಗೆ ೨೫ ಮಿ.ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿನ ಬಾಟಲಿಗಳಲ್ಲಿ ದೊರಕುತ್ತವೆ; ದಿನದ ಪ್ರಮಾಣ– ೨೫ ರಿಂದ ೧೦೦ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ.

ಪ್ರೆಡ್ನಿಸೋಲೊನ್ ೫ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದ ಗುಳಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಅದು ೨೫ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್‌ಗೆ ಸಮವೆನಿಸಿದೆ.

ನಿರೋಧಕವಾಗಿ ಥೈವಿಜೈಡ್

ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿನ ಅನುಭವ ಮತ್ತು ವಿಪುಲವಾಗಿ ಕೈಕೊಂಡ ಪ್ರಯೋಗ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಈಚೆಗೆ ಮತ್ತೆ ಮುಂದೆಮಾಡಿವೆ. ಈಗ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿರುವ ವಿಶಿಷ್ಟ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮ ವಾದ ಬಿ. ಸಿ. ಜಿ. ಗಿಂತ ಈ ಕ್ರಮ ಬೇರೆಯಾದುದಾಗಿದೆ. ಯು.ಎಸ್.ಎಸ್.ಆರ್. ನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಕ್ಷಯರೋಗ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಸಮ್ಮೇಳನವು ನಿರೋಧಕ ರಸಾಯನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಅನುಮೋದನೆಯನ್ನು ನೀಡಿತು. ಈ ತೆರ ನಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಕ್ಷಯಾಣು ವಿಸರ್ಜಕ ರೋಗಿಗಳ ಸಾಮೀಪ್ಯದಲ್ಲಿರುವವರು– ಅದರಲ್ಲೂ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಇದು ಪರಿಮಿತ ವಾಗಿರಬೇಕು. ಥೈವಿಜೈಡನ್ನು ಆಗ ಕೆಲವು ಕಾಲ (೨ ರಿಂದ ೩ ತಿಂಗಳು) ಕೊಡಬೇಕು.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೧೪

ಕೃತಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಎದೆಗಾಳಿ ಮತ್ತು ಕರುಳ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿ

೧೮೮೨ ರಲ್ಲಿ ಮೊದಲಬಾರಿ ಫೋರ್ಲಾನಿನಿ ಕೃತಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಎದೆಗಾಳಿ ಸೇರಿಸುವ ಕ್ರಮವನ್ನು ರೂಪಿಸಿದನು. ರಷ್ಯಾದಲ್ಲಿ ೧೯೧೨ ರ ಸುಮಾರಿಗೆ ಎ. ಎನ್. ರುಬೆಲ್ ಮತ್ತು ಅದೇ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಎ. ವೈ. ಸ್ಟರ್ನಬರ್ಗ್ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಬಳಕೆಗೆ ತಂದರು.

ಕ್ಷಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಗುಣಮುಖನಾಗುವ ಕ್ರಮದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯ ಭೂಮಿಕೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಕೃತಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಲಾಗುವುದು. ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯೊಳಗೆ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಇದರಿಂದ ಮೊದಲು ಉಸಿರಾಟ ಚಲನೆಯು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದು. ಪುಪ್ಪುಸವು ಕುಸಿಯುವುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಪುಪ್ಪುಸದ ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು. ಈ ತೆರನಾಗಿ ಆಯ್ದು ಮಾಡಿದ ಪುಪ್ಪುಸ ಕುಸಿತದಲ್ಲಿ ಹಾಲ್ರಸ ಗಟ್ಟಿಯಾಗುವುದು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಜೀವಾಣುಗಳ ಹರಡುವಿಕೆಯು ಕೆಲಮಟ್ಟಿಗೆ ಅಡ್ಡಿಯನ್ನನುಭವಿಸುವುದು. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕ ಕೋಶದ ಎಳೆಗಳ ರಚನೆಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಗೆ ಚಾಲನೆ ದೊರೆಯುವುದು. ಕುಸಿದ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ರಿಪೇರಿಯ ಕ್ರಿಯೆಯು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಜರುಗುವುದು. ಉರಿತವನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಿರುವ ವ್ರಣಗಳು ಒಸರಿಕೆಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತ್ಯಜಿಸಿ ಜೀವಕಣಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವುವು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ವ್ರಣವಿರುವ ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ಅದರ ಸುತ್ತುಮುತ್ತಲಿನ ಸ್ಥಳಗಳು ಮುರುಟಿ ಕಲೆಯಾದುದು ಎದ್ದುಕಾಣುತ್ತದೆ. ಪುಪ್ಪುಸದ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಪೂರ್ವ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂತಿರುಗಬಲ್ಲ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅನಂತರ ಕಂಡುಬರುವುದರಿಂದ, ನಿರ್ಧಾರಕ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಅದು ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣದ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಒಸರಿಕೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ವ್ರಣಗಳು ಹೀರಲ್ಪಡುವುದರಿಂದ, ಅಲ್ಲಿದ್ದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಕುಸಿದು ಮುಚ್ಚಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯ ಕ್ರಮವನ್ನು ಕೈಕೊಂಡಾಗ ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಎರಡು ಮೂರು ವರುಷಗಳ ಪರ್ಯಂತ ಕೃತಕ

ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಕೈಕೊಂಡ ತರುವಾಯ, ರೋಗಿಷ್ಠವಲ್ಲದ ಪುಪ್ಫುಸದ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಮತ್ತೆ ಮೊದಲಿನಂತೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ಶಕ್ತಿ ಪಡೆಯುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ನಾಲ್ಕೈದು ವರುಷಗಳ ಪರ್ಯಂತ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಇಡಮಾಡಿದರೆ ಅದು ಪುಪ್ಫುಸದ ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕಳೆದು, ಪುಪ್ಫೊರೆಯನ್ನು ಒರಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ (ಅಚಲಗೊಂಡ ಎದೆಗಾಳಿ).

ಈ ತೆರನಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ, ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲದೆ ಕುಸಿದು ಹೋದ ಪುಪ್ಫುಸವು ಮತ್ತೆ ಮೊದಲಿನಂತೆ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯ ವಿಧಾನವನ್ನು ೭೦ ವರುಷಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಬಳಸ ಲಾಗಿದ್ದು, ಆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ದೊರೆತ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ತುಂಬಾ ಮಹತ್ವದ್ದೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು. ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಂಡ ಎದೆಗಾಳಿಯು, ಅರ್ಧಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಜನ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಲಾಭದಾಯಕ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ತೋರಿಸಿ ಅವರು ರೋಗ ದಿಂದ ಗುಣಮುಖರಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಿ ಪುನಶ್ಚೇತನಗೊಳಿಸಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ವೆನಿಸಿದೆ. ಕೆಲವು ಲೇಖಕರು ಎದೆಗಾಳಿಯ ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮವು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಜನರಲ್ಲಿ ತೋರಿದೆಯೆಂದು ಸೂಚಿಸಿ, ಯಶಸ್ಸು ನೂರಕ್ಕೆ ೬೦ ರಿಂದ ೭೦ ಜನರಲ್ಲಿ ತೋರಿದೆಯೆಂದಿದ್ದಾರೆ.

ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯ ವಿಧಾನಗಳಾಗಿರುವ ಈ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ, ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆ ಗೊಳಿಸುವ ಅಗತ್ಯ ಪರಿಮಿತಗೊಂಡಿದೆ. ಜೀವಾಣುರೋಧಕದ ಸಾಧನೆಗೆ ಯೋಗ್ಯ ಮನ್ನಣೆ ನೀಡಿದರೂ, ಕೃತಕ ರೀತಿಯ ಎದೆಗಾಳಿಯ ಕ್ರಮವು ಇನ್ನೂ ತನ್ನ ಮಹತ್ವ ವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿಲ್ಲವೆಂದು ಸೋವಿಯತ್ ಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಭಾವನೆ. ಈ ಅಭಿಪ್ರಾಯವು ತಮ್ಮ ವಿದೇಶಿ ಸಹೋದ್ಯೋಗಿಗಳ ಭಾವನೆಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿದೆ. ಕೃತಕ ರೀತಿಯ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಅದರ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕ್ಷಯರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸಕನು ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿ ಸಿದ್ಧನಿರಬೇಕು.

ಸಮಕಾಲೀನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ನೀಡುವ ಮತ್ತು ನೀಡದಿರುವ ಪ್ರಸಂಗಗಳು

ಇತರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು, ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯೆನಿಸದ ಸಂದರ್ಭವಾದ ಕ್ಷಯದ ಕೆಲವು ಪೊಳ್ಳುಗಳಲ್ಲಿ, ಒಂದು ಪಾರ್ಶ್ವದಲ್ಲಿ ಕೃತಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಚುರುಕುತನ ತೋರಿಸುತ್ತ ವೃದ್ಧಿ

ಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯರೂಪದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲ ಅಳವಡಿಸಲಾಗುವುದು. ಮೊದಲು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡಿ ಜ್ವರವನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಫುಸದ ಉರಿತವನ್ನು ಪರಿಮಿತಗೊಳಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಬೇಕು. ಆದರೂ ಜ್ವರವಿರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲೂ (ಉದಾ : ರಕ್ತಕಫವಾದಾಗ) ಅದನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಕ್ಷಯದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಸಬಹುದಾದರೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅದನ್ನು ವೃದ್ಧಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯರೂಪದಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುವುದು.

ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಕೆಳಕಂಡ ಪ್ರಮೇಯಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುವುದು :

೧. ಹರಡುತ್ತ ಪುಪ್ಫುಸದಲ್ಲಿ ನಾಶವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತಿರುವ ರೋಗದ ಹೊಸ ರೂಪ. ಇದನ್ನು ಕ್ಷ–ಕಿರಣ, ಎದೆದರ್ಶಕ ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕ (ಕ್ಷಯಾಣು ಮತ್ತು ಎಳೆಗಳು ಕಫದಲ್ಲಿ ಇರುವಿಕೆ) ದಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುವುದು. ಮೊದಲು ನೀಡಿದ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಗುಣ ಹೊಂದದಿರುವಿಕೆ.

೨. ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹರಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಅನುವಳಿಕೆ.

೩. ಪುಪ್ಫುಸವು ಹೆಚ್ಚು ಗಟ್ಟಿಯಾಗದೆ ಪೊಳ್ಳು ತೋರಿಸುವಾಗ.

೪. ರಕ್ತಕಫ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ರಕ್ತೋದ್ರೇಕ, ಅದು ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸ್ಥಳ ನಿರ್ಧರಿಸಿದಾಗ ತೀವ್ರ ಕ್ರಮವಾಗಿ.

ಶರೀರಕ್ರಿಯೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಎರಡೂ ಕಡೆ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯ ಸೇರ್ಪಡೆ ಸಾಧ್ಯ. ಆದರೆ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನವೀನ ವಿಧಾನಗಳು ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದ ಮೇಲೆ, ಈ ಕ್ಷೇತ್ರ ತುಂಬಾ ಪರಿಮಿತವಾಗಿದೆ. ಒಂದು ಪಾರ್ಶ್ವದ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮತ್ತೊಂದು ಪುಪ್ಫುಸದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಉಲ್ಬಣಿಸಿದರೆ, ಆ ತೊಡಕನ್ನು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಔಷಧಿಗಳೊಟ್ಟಿಗೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿ ತರಬಹುದು.

ಕೃತಕ ರೀತಿಯ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವ ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತಿರುವಾಗ, ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯಲ್ಲೂ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆದ ಪುಪ್ಫುಸದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕು. ಎರಡೂ ಕಡೆ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿದಾಗ ಒಂದು ಪಾರ್ಶ್ವದಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಿದಾಗ ತೋರಿಬರುವುದಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಕುಸಿತವಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಅನಿಲವು ಕೊಂಚ ಬೇಗ ಹೀರಲ್ಪಡುವುದು.

ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ :

೧. ನಾರೆಳೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದ ಟೊಳ್ಳು ಮತ್ತು ಒರಟಾದ ಪುಪ್ಪುಸದ ವ್ರಣಗಳು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿದ್ದು ಎದೆಗೂಡನ್ನು ವಿರೂಪಗೊಳಿಸಿದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಹೃದಯ ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ಕಾರ್ಯದ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ.

೨. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಇರುವ ಟೊಳ್ಳುಗಳು.

೩. ತೀವ್ರ ತೆರನಾಗಿ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿತ ಮತ್ತು ಅದರ ಹರಡಿಕೆ.

೪. ವಿಸ್ತೃತಗೊಂಡ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಇತರ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಅದರ ಹರಡಿಕೆ (ಕರುಳು, ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗ, ದನಿನಾಳದಲ್ಲಿ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿರುವ ವ್ರಣಗಳು, ಉಸಿರುನಾಳದಲ್ಲಿ ಹುಣ್ಣು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ವ್ರಣಗಳು).

೫. ದೈಹಿಕ ಕ್ಷೀಣತೆಯಾಗಿ ದುರ್ಬಲಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ.

ಮೊದಲು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಂಡು ರೋಗದಿಂದ ಉಂಟಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿದ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ಕೃತಕ ರೀತಿಯ ಎದೆಗಾಳಿಯ ಕ್ರಮ ಸಾಧ್ಯವೆಂದು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಗುಣಯಾಗದಿದ್ದರೂ, ಪುಪ್ಪುಸದ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಗೆ ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಸರವನ್ನೊದಗಿಸಿಕೊಡುತ್ತದೆ.

ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಗೆ ಬೇಕಾದ ಉಪಕರಣ, ರೀತಿ ಮತ್ತು ವಿಧಾನ

ಕೃತಕ ರೀತಿಯ ಎದೆಗಾಳಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿದ ಕೋಶವನ್ನು ನಿರ್ಮಾಣ ಮಾಡುವುದೇ ಆಗಿದೆ. ಸೂಜಿಯನ್ನು ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚಿ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಬೇಕು. ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ಮುಚ್ಚಿದ ಎದೆಗಾಳಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿಗೊಳಿಸುತ್ತಿರುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಪಾತ್ರೆಗಳ ಸೂತ್ರದ ಮೇರೆಗೆ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯನ್ನು ತೀರ ಸುಲಭವಾದ ಉಪಕರಣವೊಂದರಿಂದ ಸೇರಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಗಾಳಿಯನ್ನು ರಿಚರ್ಡ್‌ಸನ್ ಸಿರಿಂಜ್‌ನಿಂದ ಒತ್ತಳ್ಳುವುದರ ಮೂಲಕ (ಕೊಂಡೊರ್ಸ್ಕಿಯ ಮಾರ್ಪಾಟು, ವಿಸೊಕಿಯೆ ಗೋರಿ ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂ) ಅಥವಾ ಕಾಚ್ಕಾಚೆವ್

ಮತ್ತು ಹೀಫೆಜ್‌ರ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿಯಂತೆ, ಉಪಕರಣವನ್ನೊಳಗೊಂಡ ದುಂಡನೆಯ ಪಾತ್ರೆಯನ್ನು ಕೆಲವೊಂದು ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಎತ್ತಿಹಿಡಿದು ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತಡವನ್ನು ಈ ವಿಧಾನ ದಲ್ಲಿ ದೊರಕಿಸಬಹುದು. ಈ ಎಲ್ಲ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ, ಪುಪ್ಪುಸದ ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕತ್ವ ದಿಂದಾಗಿ ಮೊದಲು ಎಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಈ ಉಪಕರಣವನ್ನು ಪುಪ್ಪೊರೆಯೊಳಗೆ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕಲ್ಲದೆ, ಏಕಾಏಕಿಯಾಗಿ ಎದೆ ಗಾಳಿಯು ಉದ್ಭವಿಸಿದಾಗ ಅದನ್ನು ಹೊರಕ್ಕೆ ತೆಗೆಯಲು ಸಹ ಬಳಸಬಹುದು.

ಪ್ಲಾಟಿನಂನ ವಿಶಿಷ್ಟ ಸೂಜಿಯನ್ನು ಬಳಸುವ ಮೊದಲು ಮದ್ಯಸಾರದ ಉರಿ ಯಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಸಿ ಜೀವಾಣುಗಳ ಇರವನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಳಸ ಲಾಗುವುದು.

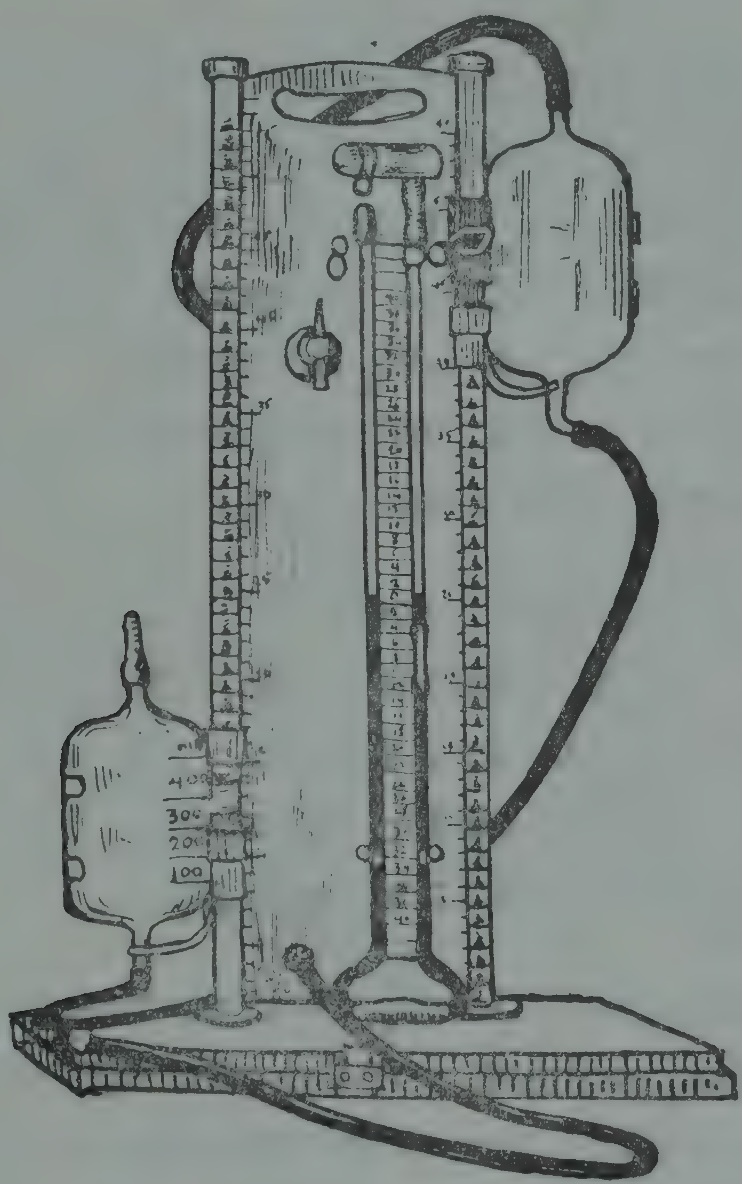
ಈ ಉಪಕರಣವನ್ನು ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆಯಾದರೂ ಜೀವನಾಶಕಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಸಂಪರ್ಕ ಪಾತ್ರೆಗಳ ಅರ್ಧದಷ್ಟನ್ನು ೨.೫% ಕಾರ್ಬಾಲಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ದ್ರಾವಕದಿಂದ ತುಂಬಬೇಕು. ಅದಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಇತರ ಉಪಕರಣಗಳು : ಜಲಜಲನ ಒತ್ತಡ ಮಾಪಕ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಮಾಡಿದ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಪರಿಶೋಧಿಸಲು, ತೆಗೆಯಬಹುದಾದಂತಹ ಸ್ಪನ್‌ಬರ್ಗ್ ರೀತಿಯ ಹತ್ತಿ ಬಟ್ಟೆಯನ್ನು ಗಾಳಿಸುವ ಸಾಧನ (ಚಿತ್ರ ೬೭).

ಮೊದಲ ಸೇರ್ಪಡೆ ಮತ್ತು ಉಸ್ತುವಾರಿ

ಚೆನ್ನಾಗಿ ಜೀವನಾಶಕವನ್ನುಂಟುಮಾಡಿದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಲಾಗುವುದು. ರಕ್ತ ಕಫ ಉಂಟಾದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ತಿರುಗಾಟವು ಸಲ್ಲದಾದಾಗ ಎದೆಗಾಳಿ ಸೇರ್ಪಡಿಕೆಯನ್ನು ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಕೈಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಆಗಲೂ ನಂಜುರೋಧಕ ಕ್ರಮದ ಮುಂಜಾಗ್ರತೆಯನ್ನು ವಹಿಸ ಬೇಕು. ಮೊದಲು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವುದನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಅದನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಅರ್ಧದಿಂದ ಒಂದು ಘಂಟೆಯ ಮೊದಲು ೦.೦೨ ಗ್ರಾಂ. ಕೊಡೀನ್ ಫಾಸ್ಫೇಟ್ ಪುಡಿಯನ್ನೂ ನಾವು ಕೊಡುತ್ತೇವೆ.

ರೋಗಿಯನ್ನು ಮಂಚದ ಮೇಲೆ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯಾ ಟೇಬಲ್ ಮೇಲೆ ಇರಿಸಬೇಕು. ಮೊದಲು ಬಗಲಿನ ಮಧ್ಯ ಗೆರೆಯ ಮೇಲೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಚುಚ್ಚ ಲಾಗುವುದು. ರೋಗಿಯು ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿರಿಸಿದ ಒರಗು ದಿಂಬುಗಳ ಮೇಲೆ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಪಾರ್ಶ್ವವನ್ನೊರಗಿಸಿ, ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಪಕ್ಕೆಲುಬಿನ ಪ್ರದೇಶ ಹಿಗ್ಗಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡುವಂತೆ ವಿಶ್ರಮಿಸುವನು. ಅಸ್ಥಿರವಾಗಿ ಚಲಿಸುವ ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆ

ಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ರೋಗಿಯು ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಮಲಗಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ನಾಶ ಹೊಂದಿದ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕಿಂತ ದೂರದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಶಸ್ತ್ರ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಆ ಸ್ಥಳವನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ



ಚಿತ್ರ ೬೭ : ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಉದ್ದೀಪಿಸುವ ಉಪಕರಣ
(ಕ್ರಾಸ್ನೋಗ್ವಾರ್ಡಿಟ್ಸ್ ಯಂತ್ರಾಗಾರದಲ್ಲಿ ತಯಾರಿಸಿದ ಮಾರ್ಪಾಟಿನ ಸ್ಥೂಲ ನೋಟ)

ಚಿತ್ರದಿಂದ ಗುರುತಿಸಲಾಗುವುದು. ಚುಚ್ಚುವ ಸ್ಥಳವನ್ನು ಮೊದಲು ಐಯೊಡೀನ್ ನಿಂದ ಒರೆಸಲಾಗುವುದು. ತೀರ ಅವಸರದಿಂದ ಚುಚ್ಚಬಾರದು. ಮೊದಲು ಸೂಜಿಯನ್ನು ವೇಗವಾಗಿ ಚರ್ಮದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಿ, ಅನಂತರ ಅದರ ಕೆಳಗಿನ ಎದೆಯ ಪ್ರದೇಶದೊಳಕ್ಕೆ ಹುಷಾರಾಗಿ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯೊಳಕ್ಕೆ ಹೋಗುವ ವರೆಗೂ ಒಳತಳ್ಳಬೇಕು. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೋಶ ಸೇರಿದುದನ್ನು ಗಾಳಿ ಒತ್ತಡ ಮಾಪಕದ ಅಧೋಮುಖಿ ಆಂದೋಲನಗಳಿಂದ ತಿಳಿಯಬಹುದು. ಆಂದೋಲನಗಳು ದೃಢವಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ : –೧೨ ರಿಂದ –೭ ಮಿ. ಮೀ.) ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೋಶವನ್ನು ಗಾಳಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಸಿಲಿಂಡರ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧ ಕಲ್ಪಿಸುವ ತಿರುಪನ್ನು ತಿರುಗಿಸಲಾಗು

ವುದು. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯನ್ನು ನೈಸರ್ಗಿಕ ಹೀರಿಕೆಯಂತೆ ಹೀರಲಾಗುವುದು. ಅನಂತರ ಸ್ವಲ್ಪ ಒತ್ತಡದ ಕೆಳಗೆ ೨೦೦ ರಿಂದ ೩೦೦ ಮಿ. ಲೀ. ಒಳಕ್ಕೆ ಹೋಗುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಒತ್ತಡ ಮಾಪಕದ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿ ೫೦ ರಿಂದ ೧೦೦ ಮಿ. ಲೀ. ಗೆ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುವುದು.

ಯಾವ ತೊಡಕೂ ಇಲ್ಲದೆ ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ಗಾಳಿಯ ಸೇರ್ಪಡೆಯು ಅಡೆ-ತಡೆಯಿಲ್ಲದ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಪ್ರದೇಶವಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಸಾಧ್ಯ. ಹೆಚ್ಚು ತೊಡಕಿದ್ದ ಕಡೆ ವಿಶೇಷ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ನಿಶ್ಚಿತ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುವುದು (ಪಟ್ಟಿ ೨). ಒತ್ತಡ ಮಾಪಕ ಸೂಚಿಸುವ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು ಅನಿಶ್ಚಿತವೂ, ಅಸಮರ್ಪಕವೂ ಆಗಿದ್ದರೆ ಒಂದು ಮಿ. ಲೀ. ಗಾಳಿಯನ್ನೂ ಸಹ ಒಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಬಾರದು. ಯಾವುದೇ ತೊಡಕಿನ ವಿರುದ್ಧ ಇದು ನಿಶ್ಚಿತವಾದ ನಂಬುಗೆ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ತೊಡಕುಗಳು, ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯ ಸೇರಿಕೆ ಈ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಮೊದಲಬಾರಿ ತುಂಬುವಾಗ ೨೦೦ ರಿಂದ ೩೦೦ ಮಿ. ಲೀ. ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಲಾಗುವುದು. ಎರಡನೆಯ ಬಾರಿಯೂ ಸಹ ಇದೇ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಗೊಳಿಸಲಾಗುವುದು. ಪುನರಪಿ ತುಂಬುವಿಕೆಯನ್ನು ಪ್ರತಿ ೨–೩ ದಿನಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಅನಂತರ ಕೊನೆಗೆ, ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಸನ್ನಿವೇಶವನ್ನನುಸರಿಸಿ, ವಾರ, ಅಥವಾ ೧೦ ದಿನಗಳ ಅನಂತರ ಮಾಡಲಾಗುವುದು.

ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯ ಸೇರ್ಪಡೆಯನ್ನು, ಸಾಮಾನ್ಯ ಸೂತ್ರದಂತೆ ಅಧೋಮುಖಿ ಒತ್ತಡದ ಕೆಳಗೆ ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಗಾಳಿಯ ಕೋಶವು ಯೋಗ್ಯ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಪಡೆದ ಮೇಲೆ, ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಅದೇ ರೀತಿಯಾಗಿ ಉಳಿಸಿ, ಆ ಕೋಶವನ್ನು ಒಂದೇ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು.

ಸೇರ್ಪಡೆಯಲ್ಲಿನ ತೊಡಕುಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಉಸ್ತುವಾರಿ

ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವಾಗ ತೊಡಕುಗಳು ಮೊದಲಬಾರಿ ಇಲ್ಲವೆ ಅನಂತರ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವಾಗ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು. ಅವು ಬೇಗ ಗೋಚರಿಸ ಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೆ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬರಬಹುದು. ಅದರ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಈ ತೆರನಾಗಿವೆ : (೧) ನೋವು. ಗಾಳಿಯ ಸೇರ್ಪಡೆಯ ಅನಂತರ ಸೂಜಿಯನ್ನು ತೆಗೆದ ಮೇಲೂ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ನೋವು ಉಳಿಯಬಹುದು; (೨) ಪುಪ್ಪುಸವು ಚುಚ್ಚಲ್ಪಟ್ಟ ಗಾಯದ ಎದೆಗಾಳಿ; (೩) ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿ ಯುಬ್ಬಟೆ; (೪) ಗಾಳಿ ರಕ್ತನಾಳದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿ ಬೇರೆ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡಿಯನ್ನುಂಟು

ಮಾಡುವಿಕೆ; (೫) ಪುಪ್ಫೊರೆಯುರಿತ ಮತ್ತು ಒಸರಿಕೆ; (೬) ಅಸಮರ್ಪಕ ಕುಸಿಯು ವಿಕೆ ಮತ್ತು ಅನಂತರ ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆ; (೭) ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ಅಂಗ ಗಳ ಕಾರ್ಯವ್ಯತ್ಯಯ.

ಚುಚ್ಚಿದ ಮೇಲೂ ಇರುವ ನೋವು ಎದೆಗೂಡಿನ ಪುಪ್ಫೊರೆಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸ ಬಹುದು. ಪುಪ್ಫೊರೆಯ ಸೇರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಕೋಶವು ಪುಪ್ಫುಸದ ಪದರು ಕಿತ್ತು ಹೋಗುವಂತೆ ಮಾಡಿ ನೋವುಂಟು ಮಾಡುವುದು. ಅದು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಮಾಯ ವಾಗುತ್ತದೆ. ಕೊಡೀನ್‌ನ್ನು ೦.೦೨ ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಮೂರು ಬಾರಿ ಸೇವಿಸಿದರೆ ನೋವು ಶಮನವಾಗುತ್ತದೆ.

ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಿದ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತಲೂ ಗಾಳಿ ಚೀಲವು ತುಂಬಾ ದೊಡ್ಡದಿದ್ದರೆ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ನೋವು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ತುಂಬಾ ದೊಡ್ಡದಾದ ಗಾಳಿ ಚೀಲದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಏಕಾಏಕಿಯಾದ ಎದೆಗಾಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿಲ್ಲ. ಅದು ಪುಪ್ಫುಸದ ಸಂಕುಚನದ ರೀತಿಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಬಹುದು (ಎಫ್. ಎ. ಮಿಖೈಲೋವ್ ಮತ್ತಿತರರು.) ಸೂಜಿಯನ್ನು ಚುಚ್ಚುವ ಸಮಯ ದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಎದೆಗೂಡಿನ ಪುಪ್ಫೊರೆಯ ತುರಿಕೆಯಿಂದ ನೋವು ಕಂಡುಬರ ಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೆ ಒಳಗಿನ ಅಂಗಾಂಶಕ್ಕೆ ಸೂಜಿಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಧಕ್ಕೆಯಿಂದಲೂ ನೋವು ಬರಬಹುದು. ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಂಡ ಪದರುಗಳ ತುರಿಕೆಯು ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸುವಾಗ ಉಂಟಾಗಿ ನೋವು, ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಏರುವ ಜ್ವರ ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಪುಪ್ಫುಸವನ್ನು ಚುಚ್ಚಿದ ಅನಂತರ, ಅದರ ಒಡೆಯುವಿಕೆಯಿಲ್ಲದೆ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಗಾಯದ ಎದೆಗಾಳಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಯಾವ ತೊಡಕನ್ನೂ ಉಂಟುಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಕೆಲವೊಂದು ಬಾರಿ ಪುಪ್ಫೊರೆಯ ಸೋಂಕನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಅದು ತೀವ್ರವಾದಾಗ ಒಳಗೆ ಕೀವು ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಅಧೋಮುಖಿಯಾದ ಒತ್ತಡದಲ್ಲಿ ಗಾಳಿ ಸೇರಿಸುವ ಆಧುನಿಕ ವಿಧಾನಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಚರ್ಮದಡಿ ಪರಿಮಿತ ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯು ಅಪರೂಪವಾಗಿ ತೋರಿಬರು ತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ತೊಡಕು ಊರ್ಧ್ವಮುಖಿಯಾದ ಒತ್ತಡವು ಪುಪ್ಫೊರೆಯ ಕೋಶ ದಲ್ಲಿದ್ದಾಗ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಆದರಿಂದಾಗಿ ಗಾಳಿಯು ಸೂಜಿ ಚುಚ್ಚಿದ ಮಾರ್ಗದ ಮೂಲಕ ಚರ್ಮದಡಿಯ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ತಲುಪಬಲ್ಲದು. ಶೂನ್ಯ ಒತ್ತಡದ ಕೆಳಗೆ ಪುಪ್ಫೊರೆಯ ದರ್ಶಕವನ್ನು ಒಳಸೇರಿಸಿದಾಗ ಸಹ ಇಂತಹ ಗಾಳಿ ಯುಬ್ಬಟೆ ಉಂಟಾಗುವುದು. ಇಂತಹ ತೊಡಕಿನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಬ್ಯಾಂಡೇಜನ್ನು ಒತ್ತಿ ಕಟ್ಟಿ, ಅನಂತರ ಅನೇಕ ದಿನಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯಿಂದ ದೂರ ಮಾಡಿ ಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯ ಉಬ್ಬಟೆಯು ಮುಖ್ಯ ತೊಡಕು. ಆಗ ಕುತ್ತಿಗೆ

ಪಟ್ಟಿ

ಮೊದಲಬಾರಿ ಮತ್ತು ಪುನರಪಿ ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯನ್ನು

ಪುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿನ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಸೂಜಿಯ ಸ್ಥಳ	ಒತ್ತಡ ಮಾಪನ	ಉಸಿರಾಟದಿಂದಾಗಿ ಒತ್ತಡದಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು
ಯಾವ ಅಡೆ-ತಡೆಯಿಲ್ಲದ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಗೂಡು	ಹೆಚ್ಚು ಅಧೋಮುಖಿಯಾದ ಒತ್ತಡ ಉದಾ : -೧೮, -೮.	ತಡೆಯಿಲ್ಲದ ಚಲನೆ
ಕೆಲವು ಕಡೆ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಎರಡು ಪದರುಗಳು ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುವಿಕೆ	ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿದ್ದರೂ ೧ ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಉದಾ : -೧, -೦.೫; -೦.೫ -೦.	ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಮಿತಗೊಂಡಿರುವುದು
ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಪದರುಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುವಿಕೆ	ಚಲನರಹಿತ ಒತ್ತಡ ಮಾಪಕ	ಇಲ್ಲ
ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಸೂಜಿಯ ಮೊನೆ (ಉಸಿರುನಾಳ)	ಆಂದೋಲಕದ ಚಲನೆ -೨ ರಿಂದ + ೨ ರ ವರೆಗೆ	ಉಸಿರಾಟ ನಿಲ್ಲಿಸಿದಾಗ ಕೂಡಲೇ ಉಚ್ಛ್ವಾಸದ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಒತ್ತಡದ ಇಳಿತ

೨

ಸೇರಿಸುವಾಗ ಒತ್ತಡ ಮಾಪಕ ಸೂಚಿಸುವ ವಿವರ

ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವಾಗ ಏರುವ ಒತ್ತಡ	ಸ್ವಾನುಭವ ಮತ್ತು ತೋರಿ ಬರುವ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳು	ಸೂಚನೆ
ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗೊಳ್ಳದೆ ನಿಧಾನವಾಗಿ	೩೦೦ – ೪೦೦ ಮಿ. ಲೀ. ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಿದಾಗಲೂ ಯಾವ ವಿಶಿಷ್ಟ ತೊಂದರೆಯ ಸೂಚನೆಯಿಲ್ಲ	ಮರುದಿನ ಪುನರಪಿ ಸೇರ್ಪಡೆ
ತೀವ್ರವಾಗಿ ಏರಿಕೆ, ಆದರಲ್ಲೂ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಪದರುಗಳು ಸೇರ್ಪಟ್ಟು ಉದ್ಭವವಾಗಿರುವ ಸ್ಥಳಗಳು ಹಿಗ್ಗುವಾಗ ಮೊದಲು ತೀವ್ರ ಏರಿಕೆ, ಅನಂತರ ಒತ್ತಡದ ಇಳುವರಿ	ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವಾಗ ಒತ್ತಡದ ಭಾವನೆ ಇಲ್ಲವೆ ಕೆಲ ಕಾಲ ಇರುವ ನೋವು	ನೋವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಮರುದಿನ ಸೇರ್ಪಡೆ, ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಒಂದು ದಿನ ಬಿಟ್ಟು
—	ನೋವು, ಕೆಮ್ಮು, ರಕ್ತಕಫ, ಪುಪ್ಪುಸದ ವ್ರಣದ ಬಳಿ	ಒಂದು ಸಲಕ್ಕೆ ಒಮ್ಮೆ ಚುಚ್ಚುವಿಕೆ, ಹೊಸ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಬಾರಿ–
—	ಒತ್ತಡ ಮತ್ತು ನೋವು	ಸೂಜಿಯನ್ನು ಕೂಡಲೇ ತೆಗೆಯುವುದು

ಪುಪ್ಫುರೆಯಲ್ಲಿನ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಸೂಜಿಯ ಸ್ಥಳ	ಒತ್ತಡ ಮಾಪನ	ಉಸಿರಾಟದಿಂದಾಗಿ ಒತ್ತಡದಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು
ಪುಪ್ಫುರೆಯ ಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಸೂಜಿಯ ಮೊನೆ	ಕೊಂಚ	ಅಧೋಮುಖಿ ಒತ್ತಡದಲ್ಲಿ ಕೊಂಚ ವ್ಯತ್ಯಾಸ
ಸೂಜಿಯಲ್ಲಿ ತಡೆ	ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಯಾವ ಆಂದೋಲನ ಇಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ ಇಲ್ಲವೆ ಕೊಂಚ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ತೋರಿ ಅನಂತರ ಒತ್ತಡಮಾಪಕ ಚಲನರಹಿತವಾಗುವುದು	ಮ್ಯಾಂಡ್ರೀನ್‌ನಿಂದ ಸೂಜಿಯನ್ನು ಚೊಕ್ಕಟ ಮಾಡಿದ ಮೇಲೆ ಏರಿಕೆ
ರಕ್ತನಾಳದಲ್ಲಿ ಸೂಜಿ	ಆಂದೋಲನಗಳು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಊರ್ಧ್ವಮುಖಿಯಾಗಿ ಏರುತ್ತವೆ	ಇಲ್ಲ
ಹೊಟ್ಟೆಯ ಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಸೂಜಿ	ಸ್ವಲ್ಪ, ಶೂನ್ಯದಷ್ಟು, ಉಚ್ಛ್ವಾಸದಲ್ಲಿ ಊರ್ಧ್ವಮುಖಿ ನಿಶ್ವಾಸದಲ್ಲಿ ಅಧೋಮುಖಿ	ಸ್ವಲ್ಪ ಅದಲುಬದಲು
ಪುಪ್ಫುರೆಯ ಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಸೂಜಿ. ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯಾದ ಪುಪ್ಫುಸ	ಅಧೋಮುಖಿ, ಉದಾ : –೨ –೨೦	ಹೆಚ್ಚು

೧. ಒತ್ತಡಮಾಪಕದಲ್ಲಿರುವ ದ್ರವದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿನ ಗೆರೆಗಳ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಇಲ್ಲವೆ

ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವಾಗ ಏರುವ ಒತ್ತಡ	ಸ್ವಾನುಭವ ಮತ್ತು ತೋರಿ ಬರುವ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳು	ಸೂಚನೆ
ಸಾಧಾರಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅನಿಲದ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾದಾಗ ಊರ್ಧ್ವಮುಖಿಯಾದ ಒತ್ತಡದ ತೀವ್ರ ಏರಿಕೆ ಹಾಗೂ ಚರ್ಮದಡಿ ಗಾಳಿ ಸೇರಿಕೆ	—	ಸೂಜಿಯನ್ನು ಹೊರಕ್ಕೆ ತೆಗೆದು ಪುನರಪಿ ಚುಚ್ಚುವಿಕೆಯನ್ನು ಮತ್ತೊಂದು ದಿನ ಮಾಡುವುದು ಯೋಗ್ಯ. ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ, ಬುದ್ಧಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಸೂಜಿಯನ್ನು ಮುಂದಕ್ಕೆ ತಳ್ಳಬೇಕು. ಆಗ ಒತ್ತಡಮಾಪನದ ಸೂಜಿಯ ಚಲನೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ತೋರಿಬಂದಾಗ ಅನಿಲದ ಸೇರ್ಪಡೆ ಮಾಡಬೇಕು.
೧ ಮತ್ತು ೨** ನೆಯ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿದಂತೆ ಕಾಣುವ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ	—	ಸೂಜಿಯನ್ನು ಮ್ಯಾಂಡ್ರೀನ್‌ನಿಂದ ಚೊಕ್ಕಟ ಮಾಡಬೇಕು.
ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಬಾರದು !	ಆಗಾಗ್ಗೆ ನೋವು	ತುಂಬಾ ಅಪಾಯಕಾರಿ ! ಕೂಡಲೇ ಸೂಜಿಯನ್ನು ಹೊರಕ್ಕೆ ತೆಗೆಯಬೇಕು.
—	ಆಗಾಗ್ಗೆ ನೋವು	ಸೂಜಿಯನ್ನು ಹೊರಕ್ಕೆ ತೆಗೆಯಬೇಕು
—	ಆಗಾಗ್ಗೆ ಉಸಿರಾಟದಲ್ಲಿ ತಡೆ	ಕೆಲವು ಕಾಲ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ ನಂತರ ಮುಂದಿನ ಕ್ರಮದ ನಿರ್ಧಾರ

ಶೂನ್ಯದಿಂದ ಏರಿಕೆಯು ಗೆರೆಯನ್ನು ದ್ವಿಗುಣಗೊಳಿಸುವುದು.

ಮತ್ತು ಮುಖದ ಚರ್ಮದ ಕೆಳಗೆ ತುಂಬಾ ಬಾವು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಆಗ ನುಂಗಲಿಕ್ಕೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಧ್ವನಿಯು ಗೊಗ್ಗರಿಯುತ್ತದೆ; ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಮುನ್ನೋಟವು ಚಿಂತಾಜನಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ತೊಡಕುಗಳು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ಚರ್ಮದ ಕೆಳಗೆ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯುಂಟಾಗುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು, ಸೂಜಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸುವಾಗ ಅದನ್ನು ಪಕ್ಕದಿಂದ ಪಕ್ಕಕ್ಕೆ ಸರಿಸಾಡಬಾರದು. ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೋಶದೊಳಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತಡದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯುಂಟಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆಯು ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ, ಬ್ಯಾಂಡೇಜನ್ನು ಒತ್ತಿ ಕಟ್ಟಬೇಕು. ಕೆಮ್ಮನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲು ಕೊಡೀನ್ ಕೊಡಬೇಕು. ಕೆಮ್ಮು ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆದಾಯಕವಾಗಿದ್ದರೆ, ಪಾಂಟೊಪಾನ್ ಅಥವಾ ಮಾರ್ಫಿನ್, ೦.೦೧ ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದ ಕೆಳಗೆ ಚುಚ್ಚಬೇಕು.

ಗಾಳಿಯು ರಕ್ತನಾಳದ ಮೂಲಕ ಚಲಿಸಿಹೋಗುವ ಭೀಕರ ತೊಡಕು ಇಂದು ಅಪರೂಪವಾಗಿದೆ. ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೊದಲು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವಾಗ ಕಂಡುಬಾರದೆ ಪುನರಪಿ ತುಂಬುವಾಗ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ.

ಲೇಖಕನು ನೋಡಿದ ರೋಗಿಯ ಚಿತ್ರವಿದು : ಎರಡು ವರುಷದ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಯು ಸೀನಿದನು ಮತ್ತು ಕೂಡಲೇ ಎಚ್ಚರ ತಪ್ಪಿದನು. ಅನಂತರ ವಾಂತಿ ಉಂಟಾಯಿತು. ಶವದಂತೆ ಚರ್ಮ ಬಿಳಿಚಿ, ಸಾವು ಬಂದಿತು. ಅದು ಮೆದುಳಿನ ವ್ರಣದಿಂದ ಉಂಟಾಯಿತು, ಶವಚ್ಛೇದನ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಮೆದುಳಿನಲ್ಲಿ, ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾದುದರ ಚಿತ್ರ ದೊರೆಯಿತು. ಸೀನುವಾಗ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಒತ್ತಡ ಏಕಾಏಕಿಯಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿ, ಅಲ್ಲಿದ್ದ ಸೇರಿಕೆ ಹರಿದು ಗಾಳಿಯು ರಕ್ತನಾಳದಲ್ಲಿ ಸೇರಲು ಅವಕಾಶ ಉಂಟಾಯಿತು.

ಈ ವಿಷಯದ ಮೇಲಿನ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಸಾರಾಂಶದಲ್ಲಿ ಎನ್. ಎಸ್. ಮೊರೋಜೋವಿಸ್ಕಿ ಮತ್ತು ಜಿ. ಎ. ಲೋವೊವಿಚ್, ಗಾಳಿಯ ಹರಡಿಕೆಯು ಗಾಳಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಮಾಡಿದ ೦.೦೫ ರಿಂದ ೦.೧% ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವುದನ್ನು ತೋರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅನೇಕ ಲೇಖಕರು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತ, ಹೀಟನ್, ೫೭೨೬ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡಿದಾಗ, ೦.೧% ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆದಾಯಕ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು, ೦.೨% ಸಾವೂ ಕಂಡುಬಂದುದನ್ನು ಮತ್ತು ೯೧೯ ಚುಚ್ಚುಗೆಯಲ್ಲಿ, ಈ ಪ್ರಮಾಣವು ಅನುಕ್ರಮವಾಗಿ ೦.೧ ಮತ್ತು ೦.೦೨% ಇದ್ದಿತೆಂದು ತೋರಿಸಿದ್ದಾನೆ.

ಗಾಳಿಯ ಹರಡಿಕೆಯು ತುಂಬಾ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ತೀವ್ರ ತೆರ ಕೆಮ್ಮಿನಂತಹ ಇಲ್ಲವೆ ಪಕ್ಕವನ್ನು ಬದಲಿಸಿದಾಗ ಉಂಟಾಗುವುದು. ಅನಂತರ ಚರ್ಮ ಬಿಳಿಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ, ಕೆಲವು ಬಾರಿ ವಾಂತಿ ಮತ್ತು ಸೆಟೆಬೇನೆ

ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕಣ್ಣುಗೊಂಬೆಯು ಬೆಳಕಿಗೆ ಬದಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಯು ಎಚ್ಚರದಪ್ಪುತ್ತಾನೆ. ಶವದಂತಹ ಬಿಳಿಚಿದ ಚರ್ಮ ಸಾಮಾನ್ಯ ಲಕ್ಷಣ. ಚೇತರಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಕೆಲವು ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ, ಇನ್ನೂ ತೀವ್ರ ವಾಗಿರುವವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಘಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತದೆ. ೧೯೧೬ ರಲ್ಲಿ ಲೇಖಕನು ಕಂಡ ಒಬ್ಬ ರೋಗಿಯು ಎಚ್ಚರವನ್ನು ಮರುದಿನ ಪಡೆದನು, ಶಕ್ತಿ ಹೀನತೆಯು ಮಾಯವಾಗಲು ೩–೪ ದಿನ ಹಿಡಿಯಿತು.

ಕೆಲವು ತೀವ್ರ ತೆರ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೂಡಲೇ ಸಾವು ಬರುತ್ತದೆ. ಇನ್ನೂ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೊತ್ತಿನ ಮೇಲೆ ಈ ರೀತಿಯ ಗಾಳಿ ಹರಡಿಕೆಯನ್ನು ತಪ್ಪಿಸುವುದು ಯೋಗ್ಯ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೊದಲು ಸರಿಯಾದ ಸಿದ್ಧತೆಯಿಂದ ಸಾಧ್ಯ ವಿದೆ. ಗಾಳಿ ಹರಡಿಕೆಯುಂಟಾದಾಗ ರೋಗಿಯನ್ನು ಟ್ರೆಂಡಲೆನ್‌ಬರ್ಗ್ ತೆರನಾಗಿ ಮಲಗಿಸಿ, ಕರ್ಪೂರ ತೈಲ ಮತ್ತು ಕೆಫೀನ್– ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅಡ್ರಿನಾಲೀನ್– ಹಚ್ಚ ಬೇಕು. ಉಸಿರಾಟದ ಚಲನೆ ಸರಿಯಾಗಿದ್ದರೆ ಆಮ್ಲಜನಕವನ್ನು ರೋಗಿಗೆ ಕೊಡ ಬೇಕು. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಕೃತಕ ಉಸಿರಾಟವನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

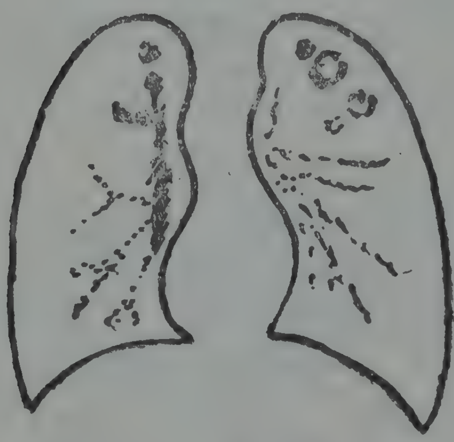
ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಗೆ ಪೂರಕ ವಿಧಾನಗಳು

(ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ನೋಟ ಮತ್ತು ಹತ್ತಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಬಿಡಿಸುವಿಕೆ)

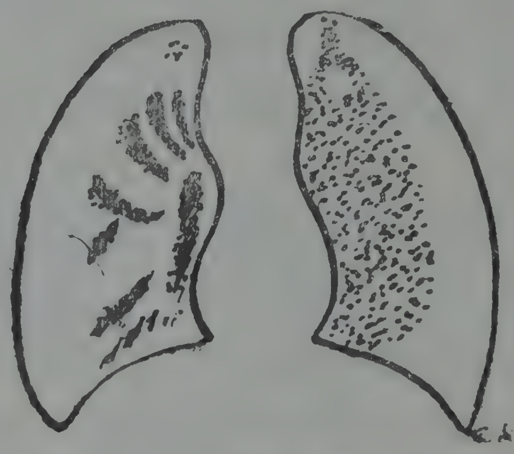
ಕೆಲವು ಬಾರಿ, ದಾರದಂತೆ ಇಲ್ಲವೆ ಪಟ್ಟಿಯಂತೆ ಹತ್ತಿಕೊಂಡು (ಸೇರಿಕೊಂಡು), ಗಾಳಿಚೀಲವು ಕುಸಿಯಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆಗ ಎದೆಯ ನೋಟ, ಸರಿಯಾಗಿ ಹೇಳಬೇಕೆಂದರೆ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ನೋಟವನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಎದೆಗೂಡು ದರ್ಶಿನಿಯ ಸಹಾಯದಿಂದ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಪದರುಗಳ ಸ್ಥಿತಿ, ಅಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿರುವ ಹತ್ತಿಕೊಂಡಿರು ವಿಕೆಯನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಮೇಲೆ ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು ಕಾಣಿಸಿದರೆ, ಆ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಅಲ್ಲಿಗೇ ಕೈಬಿಡಲಾಗುವುದು.

ಸೋವಿಯತ್ ಮಾರ್ಪಾಟಿನಿಂದ, ಎದೆಗೂಡು ದರ್ಶಿನಿಯು ನೋಟಕ್ಕೆ ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಸರವನ್ನೊದಗಿಸಿಕೊಡುವುದರಿಂದ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಸೇರಿಕೆಗಳನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನೋಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಗೆ ಅಡ್ಡಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ಎಲ್ಲ ಹತ್ತಿಕೊಳ್ಳುವಿಕೆಗಳನ್ನು ಸುಟ್ಟು ತೆಗೆಯಬೇಕು (ಚಿತ್ರ ೬೮, ೬೯). ಜಕೋಬಿ ಯಸ್ ಈ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ೧೯೧೨ ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿದ. ಸೋವಿಯತ್ ಚಿಕಿತ್ಸಾರಂಗದಲ್ಲಿ ಅದು ಮತ್ತಷ್ಟು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿತು. ಅದರಲ್ಲಿನ ಅಪಾಯವು ಅತ್ಯಲ್ಪ. ಎನ್. ಜಿ. ಸ್ಟೊಯ್ಕೋ (೧೯೩೮) ರಂತೆ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ನೋಟಕ್ಕೆ ಅಳವಡಿಸಿದ ೧,೬೭೭ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಹತ್ತಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಸುಟ್ಟು

ಬಿಡಿಸಿದಾಗ ಅದು ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನೀಡಿತು. ೧೦೫೧ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯುಂಟಾಯಿತು. ಈ ರೀತಿ ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮವು ಶತಾಂಶ ೬೭.೧ ರಲ್ಲಿ ಗೋಚರವಾಯಿತು. ಈ ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರದ ನಂತರ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯುರಿತವು



ಚಿತ್ರ ೬೮ : ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪೊಳ್ಳಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ಹರಡಿಕೆ



ಚಿತ್ರ ೬೯ : ಪಟ್ಟಿಯಂತೆ ಒತ್ತಾಗಿ ಸೇರಿಕೆ ಪುಪ್ಪುಸದ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಗೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗಿರುವುದು

ತೋರಿಬಂದರೂ ಅದು ಬೇಗ ಗುಣಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಹತ್ತಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಸುಟ್ಟು ತೆಗೆದ ಮೇಲೆ ಉಂಟಾಗುವ ಪುಪ್ಪುಸ ಕುಸಿತ ಮತ್ತು ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯು ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಹತ್ತಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಇನ್ನೂ ಉಳಿದಿದ್ದರೆ ಮತ್ತೆ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯನ್ನು ಸುಟ್ಟು ಬಿಡಿಸುವುದು ಯೋಗ್ಯ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮವಾಗಿದೆ.

ಪುಪ್ಪೊರೆಯನ್ನು ನೋಡುವ ವಿಧಾನ

ಆಗಾಗ್ಗೆ ಗಾಳಿಯನ್ನು ತುಂಬುವಾಗ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುವಂತೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಬೇಕು. ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವ ಕ್ಷಣದ ಮೊದಲು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೋಶದಲ್ಲಿನ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಶೂನ್ಯಕ್ಕಿಳಿಸಬೇಕು (ನಿಶ್ವಾಸದಲ್ಲಿ). ಇದು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮೇಲೆ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ ಜರುಗುವ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಬಟ್ಟೆಯ ಪಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟಬೇಕು (ಎಫ್. ಎ. ಮಿಕ್ಲೊಲೋವ್, ಆರ್. ಇ. ಕೊಗನ್). ಅದು ವಪೆಯನ್ನು ಮೇಲಕ್ಕೆತ್ತಿ ಹಿಡಿದು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ನಂತರ ಬಟ್ಟೆಯ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬಿಚ್ಚಬೇಕು.

ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಮೊದಲು ರೋಗಿಯನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿರುವ ಭಾಗದ ಕಡೆ ಮಲಗಿಸಿ ಅಲ್ಲಿ ದಿಂಬುಗಳನ್ನು ಇರಿಸಬೇಕು. ಬಗಲು, ಎದೆಯ ಮುಂದೆ ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಭಾಗಗಳನ್ನು ಮದ್ಯಸಾರ ಮತ್ತು ಐಯೋಡಿನ್‌ನಿಂದ ಒರೆಸಬೇಕು. ಎದೆಗೂಡು ದರ್ಶನಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸುವ ಭಾಗವನ್ನು ಎದೆಯ ಚಿತ್ರದಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುವುದು. ಜಾಗವನ್ನು ಆಯ್ದ ಮೇಲೆ, ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೦.೫% ನೋವೊಕೇನ್ ದ್ರವವನ್ನು ಈ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಕೊಟ್ಟು ಅರಿವಳಿಸಬೇಕು : ಚರ್ಮ, ಪಕ್ಕ

ಸ್ನಾಯುಗಳು (ಒಂದರ ನಂತರ ಮತ್ತೊಂದು ಪದರು), ಎದೆಗೂಡಿನ ಪುಪ್ಪೊರೆ ಆ ರೀತಿ ಚುಚ್ಚಿ ದ್ರವವನ್ನು ಸೇರಿಸಿದ ಮೇಲೆ, ಚರ್ಮವನ್ನು ಒಂದು ಸೆಂ. ಮೀ. ಉದ್ದದಷ್ಟು ಕೊಯ್ಯಬೇಕು. ಅದರೊಳಗೆ ದಬ್ಬಣದಂತಹ ಸೂಜಿಯನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ, ತಿವಿತಗಳಿಲ್ಲದಂತೆ ಒಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸುತ್ತ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಗೂಡನ್ನು ಸೇರಬೇಕು. ಅದರ ಕಾಲುವೆಯಲ್ಲಿ ಎದೆಗೂಡದರ್ಶಿನಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಬೇಕು. ಅದರ ಮೂಲಕ ಒಳಗೆ ಪುಪ್ಪೊರೆ ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ ದೊಡ್ಡ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಸ್ಥಳ, ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಗೂಡು ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮತ್ತಿತರ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಸುಡುವ ಸೂಜಿಯನ್ನು ಒಂದೆರಡು ಪಕ್ಕೆಲಬು ಪ್ರದೇಶಗಳ ಮೇಲೆ ಒಳಸೇರಿಸಬೇಕು.

ಸುಡುವ ಸೂಜಿಯನ್ನು ಬಿಸಿಯಾಗಿ ಕೆಂಪಾಗಿರಿಸಬೇಕು. ಅದರ ಉಷ್ಣತೆಯು ಹೆಚ್ಚಿದಷ್ಟು, ಕೋಶಗಳು ಒತ್ತಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ರಕ್ತಸ್ರಾವವು ವಿಪುಲವಾಗಿ ಉಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಸುಡುವುದನ್ನು ಯಾವಾಗಲೂ ಸೇರಿಕೊಂಡ ಎದೆಗೂಡಿನ ಕಡೆ, ಅದರ ಸಮೀಪ ಮಾಡಬೇಕು, ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುವ ಪದರುಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲೆಡೆಯಿಂದ ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯವಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಅದನ್ನು ಸುಡಬೇಕು. ಸಣ್ಣವಿದ್ದರೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಬೇಕು. ಅವು ಒಂದು ಸೆಂ. ಮೀ. ನಷ್ಟು ಉದ್ದವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಕೋಶಕರಣೆಯು ಪಕ್ಕದ ಪುಪ್ಪುಸಕ್ಕೆ ಹರಡಿ ಏಕಾಏಕಿಯಾಗಿ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡಬಹುದು.

ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ಅದರ ವಿಸರ್ಜನೆ

ಇಂದು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಡಿ, ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ೧½ ಯಿಂದ ೨ ವರುಷಗಳ ಕಾಲ ಇಡಬಹುದು. ಇನ್ನು ಮುಂದೆ, ಪುಪ್ಪುಸವು ಕುಸಿಯುವ ವೇಳೆಯನ್ನು ಮತ್ತೆ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಆದರೂ ಈಗಿರುವಂತೆ ೧೮ ತಿಂಗಳಿನಿಂದ ಎರಡು ವರುಷಗಳ ಕಾಲ ರಿಪೇರಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಕುಸಿದು, ಮುಚ್ಚುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಕು ಎಂದು ತೋರುತ್ತದೆ.

ಸಂಪೂರ್ಣ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ, ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ವಿಸರ್ಜಿಸುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಬೇಸಿಗೆ ಮತ್ತು ಚಳಿಗಾಲದಲ್ಲಿ ತ್ಯಜಿಸಬಹುದು. ವಸಂತ ಮತ್ತು ಶರತ್ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಉಳಿಯಗೊಡಬೇಕು.

ಗಾಳಿಕೋಶವು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಕರಗಿಹೋಗಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಿ, ಪುನಃ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವಾಗ ಗಾಳಿಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಪುನಃ ಸೇರ್ಪಡೆಯ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಕಾಲಗತಿಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಸ್ವಲ್ಪ ಗಾಳಿಯನ್ನಿರಿಸುವುದು ಪುನಃ ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆಗೆ ಸಹಕಾರಿ. ಯೋಗ್ಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಾದ ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣು

ವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ಜ್ವರವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ರಕ್ತ ಮತ್ತು ರ. ತ. ಸೇ. ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವುದು ಮತ್ತು ಒಳ್ಳೆಯ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಇದ್ದರೆ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಬಹುದು.

ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ವಿಸರ್ಜಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಕೆಲವು ಕಾಲ ಸ್ಯಾನಟೋರಿಯಂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ಪಾಸ್) ಗೆ ಒಳಪಡಬೇಕೆಂದು ನಾವು ಸೂಚಿಸುತ್ತೇವೆ. ಔಷಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪುನಃ ಹಿಗ್ಗುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಿಟ್ಟುಬಿಟ್ಟಿದ್ದರೆ ಇದು ತುಂಬಾ ಅಗತ್ಯ. ಯೋಗ್ಯ ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಪುಸರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಸಮತೋಲನೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದರೆ (ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಂಡ ವ್ಯಾಯಾಮದ ನಂತರ ಯೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಿಯೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಉದಾ : ಒಂದು ಘಂಟೆಯ ನಡೆದಾಟ) ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ದೊರಕಿದ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಯೋಗ್ಯವಾಗಿವೆಯೆಂದು ತಿಳಿಯಬೇಕು. ಪುನಃ ಹಿಗ್ಗುವಾಗ ರೋಗಿಗಳು ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕಾರಣಾಂತರಗಳಿಂದ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪುನಃ ಹಿಗ್ಗುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಮೊದಲಿನ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಹಿಂತಿರುಗಲು ಬಿಟ್ಟಿರದಿದ್ದರೆ, ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ವಿಸರ್ಜಿಸಿದ ನಂತರ, ಅದರ ಪರಿಣಾಮವು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿದ್ದರೆ, ಕೆಲಸದ ಪುನರಾರಂಭ ನಿಷೇಧಿಸಲು ಕಾರಣವೂ ಇಲ್ಲ. ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಎರಡು ವರುಷ ರೋಗಿಯನ್ನು ಹಿಂಬಾಲಿಸಬೇಕು. ಕಾರ್ಯರಂಗ ಮತ್ತು ಮನೋಲ್ಲಾಸದ ಬಗ್ಗೆ ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಬೇಕು.

ಕೃತಕ ರೀತಿಯ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಯಾವ ಕಾರಣದಿಂದಲೂ ಎರಡು ವರುಷಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಮುಂದುವರಿಸಬಾರದು. ಅಷ್ಟು ಸಮಯದ ನಂತರ ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಮಹತ್ವವು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಪುಪ್ಪೊರೆಯು ಚಿಪ್ಪಿನಂತಾಗಿ, ಪುಪ್ಪುಸವು ಯಾವ ಕ್ರಮ ಕೈಕೊಂಡರೂ ಹಿಗ್ಗದಂತೆ ಆಗುತ್ತದೆ. ತುಂಬಾ ದೀರ್ಘ ಕಾಲ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನಿರಿಸಿದರೆ, ಪುಪ್ಪುಸವು ಹಿಗ್ಗುವಾಗ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಒಸರಿಕೆಯುಂಟಾಗುವ ಭಯವಿದೆ. ಅದು ಕೀವುಗೊಳ್ಳುವ ತೀವ್ರತರ ತೊಡಕು ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಸರಿಯಾಗಿ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳದ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ ಅದರ ಸಂಭವ ಜಾಸ್ತಿ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೋಶ ಕತ್ತರಿಸುವಿಕೆ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕಾದ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುವುದು.

ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯ ನಂತರದ ಪುಸರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಮುನ್ನೋಟವು ಸಾಕಷ್ಟು ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದೆ (ಪಟ್ಟಿ ೩).

ಪಟ್ಟಿ ೩

ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ತ್ಯಜಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಪುನರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ

(ವಿವರವು ಮಾಸ್ಕೋ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ದೊರೆತಿದೆ– ಐ. ಜಿ. ಲೆಂಬರೆಸ್ಕಿ)

ಎದೆಗಾಳಿ	ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಪುನರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ					
		ಸಮರ್ಪಕ		ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ		ಅಸಮರ್ಪಕ	
		ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಶತಾಂಶ	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಶತಾಂಶ	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಶತಾಂಶ
ಒಂದು ಕಡೆ	೬೭೩	೩೭೨	೫೫.೩	೧೬೦	೨೩.೮	೭೬	೧೧.೩
ಎರಡೂ ಕಡೆ	೧೯೫	೫೧	೨೬.೧	೬೫	೩೩.೩	೬೦	೩೦.೮

ಪಟ್ಟಿಯು ತೋರಿಸುವಂತೆ, ಸಮರ್ಪಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪುನರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದವರು ಶತಾಂಶ ೭೯.೧. ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪುನರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಪಡೆದವರು ೫೫.೩%. ಯೋಗ್ಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಿಂದ ರೋಗಿಷ್ಠ ಪುಪ್ಫುಸ ಕುಸಿಯುವುದರಿಂದ ಬೇಗ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮಾಯವಾಗುತ್ತವೆ.

ಕೃತಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕರುಳ ಸುತ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿ

ಮೊದಲು ಕರುಳಿನ ಕ್ಷಯಕ್ಕೆ ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಕೃತಕ ರೀತಿಯ ಕರುಳ ಸುತ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯ ವಿಧಾನವು ಕಳೆದ ಹತ್ತು ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯಲ್ಲಿನಂತೆ ಸನ್ನಿವೇಶವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವುದೇ ಆಗಿದೆ. ಕರುಳಿನ ಸುತ್ತಲೂ ಗಾಳಿ ಅಥವಾ ಆಮ್ಲಜನಕವನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಿದ ಮೇಲೆ, ವಪೆಯ ಕೆಳಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಗಾಳಿಕೋಶಗಳು ವಪೆಯನ್ನು ಮೇಲಕ್ಕೆ ಎತ್ತಿಹಿಡಿದು (ಪರಿಮಿತ ಕುಸಿತ) ಪುಪ್ಫುಸಕ್ಕೆ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ಕೊಡುತ್ತವೆ. ಅದು ರೋಗಿಷ್ಠ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಮುಖ್ಯ.

ನರದ ಪರಾವರ್ತ ಕ್ರಿಯೆಯೂ ಸಹ ಯೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಪಡೆದಿದೆ.

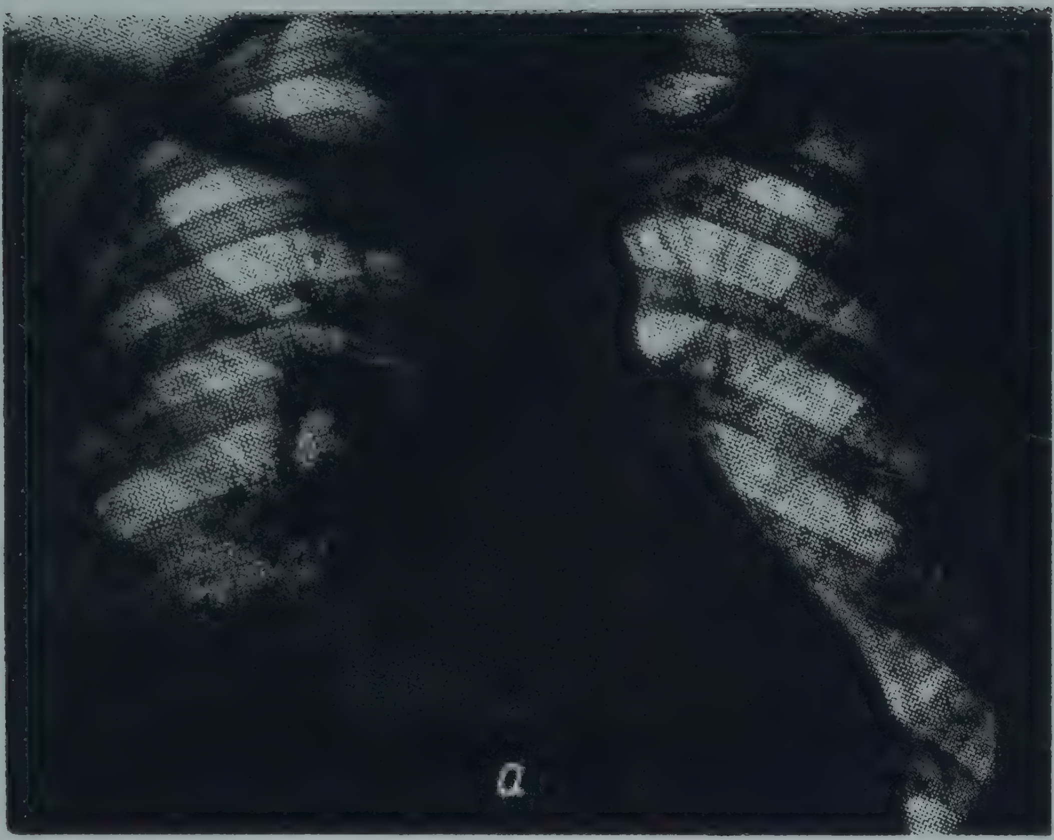
ಕೃತಕವಾಗಿ ಕರುಳ ಸುತ್ತೊಪ್ಪರೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿದಾಗ ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮ ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದುದರಿಂದ, ಅದನ್ನು ಯೋಗ್ಯವೆನಿಸಿದ ಕಡೆ ಕೈಕೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅದನ್ನು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೊಟ್ಟಿಗೆ ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈಚೆಗೆ, ಹೆಚ್ಚು ಅನುಭವ ದೊರೆತ ನಂತರ, ಅದರ ಉಪಯೋಗವು ಪರಿಮಿತವಾಗಿದೆ.

ಕೃತಕವಾಗಿ ಕರುಳ ಸುತ್ತೊಪ್ಪರೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯ ಸೇರ್ಪಡೆಯು ನಾಭಿಯಲ್ಲಿನ ತೆರೆದ ವ್ರಣಗಳು (ಚಿತ್ರ ೭೦ ಎ ಮತ್ತು ಬಿ), ಕೆಳ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿನ ಹರಡಿದ ರೋಗ ಮತ್ತು ಇತರ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ನಿಲುಗಡೆಯುಂಟಾಗದಾದಾಗ ಬಳಸಬಹುದೆಂದು ನಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯ.

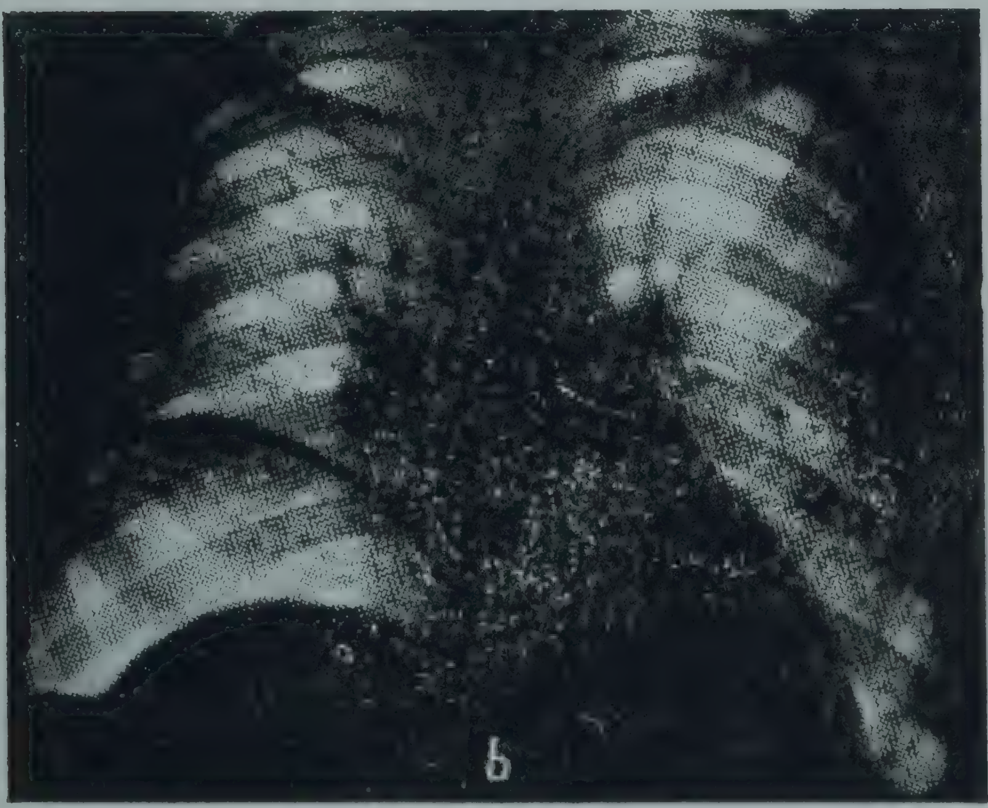
ಅದನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳುವಾಗ ಬಳಸುವ ವಿಧಾನವು ಸುಲಭವಾದುದು. ಜಲೋದರವಾದಾಗ ಸೂಜಿಯನ್ನು ಹಾಕಿ ನೀರು ತೆಗೆಯುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಸೂಜಿಯನ್ನು ಚುಚ್ಚಬೇಕು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅದನ್ನು ಎಡಗಡೆಗೆ ಹೊಕ್ಕುಳದಿಂದ ಪಕ್ಕೆಯ ಮೇಲಿನ ಮುಂದಿನ ಮೊನೆಗೆ ಎಳೆದ ಗೆರೆಯ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ಲಾಟಿನಂ ಸೂಜಿ ಅಥವಾ ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ಚುಚ್ಚಲು ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಸೂಜಿಯಿಂದ ಚುಚ್ಚಬೇಕು. ಸೂಜಿಯನ್ನು ಸೊಟ್ಟಗೆ (ಚರ್ಮಕ್ಕೆ) ಅದರ ಮೊನೆಯು ಕೆಳಕ್ಕೆ ಇರುವಂತೆ ಮಾಡಿ, ಕರುಳ ಸುತ್ತೊಪ್ಪರೆಯ ಕೋಶದೊಳಕ್ಕೆ ಹೋಗುವಂತೆ ಚುಚ್ಚಬೇಕು. ಸೂಜಿಯು ಸ್ನಾಯು ಬಂಧಕವನ್ನಿರಿದು ಒಳಗೆ ಸೇರುವುದು. ಸುತ್ತೊಪ್ಪರೆಯನ್ನಿರಿದಾಗ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ನೋವುಂಟಾಗುವುದು. ಎದೆಗಾಳಿಯ ಉಪಕರಣವು ಗಾಳಿಯನ್ನು ಒತ್ತಡದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಲು ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧವಾಗಿರಬೇಕು. ಸೂಜಯು ಮೊನೆಯು ಸುತ್ತೊಪ್ಪರೆಯ ಕೋಶವನ್ನು ಸೇರಿದ ಮೇಲೆ ಗಾಳಿಯು ಕೂಡಲೇ ಪ್ರವಹಿಸುವುದು. ಸೂಜಿಯು ಆ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಸೇರದಿದ್ದರೆ ಗಾಳಿಯು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಒಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿ ಚರ್ಮದಡಿ ಸಂಗ್ರಹಗೊಳ್ಳುವುದು. ಒಳಗಡೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಗಾಳಿ ಸೇರಿದ ಮೇಲೆಯೇ ಒತ್ತಡ ಮಾಪಕದಲ್ಲಿ ಆಂದೋಲನಗಳು ಗೋಚರಿಸುವುವು. ಅವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ + ೬ ರಿಂದ + ೧೦ ರ ಮಧ್ಯ ಚಲನೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತವೆ.

ಮೊದಲಬಾರಿ ಸೇರಿಸುವಾಗ ೩೦೦ ರಿಂದ ೪೦೦ ಮಿ. ಲೀ. ಗಾಳಿಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಎರಡನೆಯ ಸೇರ್ಪಡೆಯನ್ನು ಎರಡನೆ ಅಥವಾ ಮೂರನೆಯ ದಿನ ಮಾಡಬೇಕು. (೪೦೦ ರಿಂದ ೭೦೦ ಮಿ. ಲೀ.) ಮೂರನೆಯದು ೬ ಅಥವಾ ೭ ನೆಯ ದಿನ (೫೦೦ ರಿಂದ ೭೦೦ ಮಿ. ಲೀ.) ಮತ್ತು ನಾಲ್ಕನೆಯದು ೧೦ ರಿಂದ ೧೫ ನೇ ದಿನ (೮೦೦ ರಿಂದ ೧೨೦೦ ಮಿ. ಲೀ.) ಮತ್ತೆ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಗಾಳಿಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಎದೆಚಿತ್ರ ತೆಗೆದು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ (ಉಬ್ಬಸ ಇರುವ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ನಾಡಿಯ ತೀವ್ರ ಬಡಿತ) ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಿಂದ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು.

ಈ ಕ್ರಮವನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಯೋಗ್ಯವೆನಿಸಿದರೆ ಒಂದೆರಡು ವರುಷ ಅದನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಅಲ್ಲಿ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಅವಶ್ಯಕ.



ಚಿತ್ರ ೭೦ ಎ : ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸ ನಾಭಿ ಪ್ರದೇಶದ ಸುತ್ತ ದೊಡ್ಡ ಪೊಳ್ಳು



ಚಿತ್ರ ೭೦ ಬಿ : ಕೃತಕ ರೀತಿಯಿಂದ ಕರುಳ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಿದಮೇಲೆ ಅದೇ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ

ಕರುಳ ಸುತ್ತೊರೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿ ಸೇರಿಸಿದ ಮೇಲೆ, ಪುಪ್ಪುಸದ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದು, ಅದರ ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಶಕ್ತಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದು, ಹಾಲ್ರಸ ಮತ್ತು ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆ ಕುಂಠಿತಗೊಳ್ಳುವುದು. ಈ ಅಂಗಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ, ಎದೆಗಾಳಿಯಲ್ಲಿಯಂತೆ, ವ್ರಣವು ಹೀರಲ್ಪಡುವುದು; ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಕುಸಿಯುವಿಕೆ ಯುಂಟಾಗಿ ಪೊಳ್ಳು ಮುಚ್ಚಲ್ಪಡುವುದು. ರಿಪೇರಿ ಕ್ರಿಯೆಗಳು ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿ ಯಲ್ಲಿಯಂತೆ ಹೆಚ್ಚು ತೋರಿಬರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಒಸರಿಕೆಯ ತೊಡಕುಂಟಾಗುತ್ತದೆ ಇಲ್ಲವೆ ನಾರೆಳೆಯ ಗಂಟುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೧೫

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರ

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬಳಕೆಯು ತುಂಬಾ ಮೊದಲು ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತು. ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆರಂಭವು ೨೦ ನೆಯ ಶತಮಾನದ ಆದಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಕೊಂಡೊಯ್ಯುತ್ತದೆ. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನ ಎದೆಯ ಗೂಡಿನ ತಿದ್ದುಪಾಟೇ ಅದರ ಮೂಲಭೂತ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ. ಕಾಲ ಕಳೆದಂತೆ ಇದರ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹಂತವಾಗಿ ಕೈಕೊಂಡ ಎದೆ ಗೂಡಿನ ಶೃಂಗದ ತಿದ್ದುಪಾಟು ಆಕ್ರಮಿಸಿತು. ಆದರಿಂದ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯು ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಉಂಟಾಗುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಕಳೆದ ೧೦ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಕುಸಿಯುವಿಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಹೊಸ ವಿಧಾನಗಳು ಮುಂದೆ ಬಂದಿದ್ದು, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಪುಪ್ಪುಸವು ಗಾಳಿಹೀನಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ. ರೋಗಿಗಳ ಯೋಗ್ಯ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗೆ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದು ಮತ್ತು ಹಂತವಾಗಿ ಕೈಕೊಂಡ ಎದೆಗೂಡಿನ ಶೃಂಗದ ತಿದ್ದುಪಾಟು ಕೈಕೊಳ್ಳುವುದು ಸರಿಯೆಂದು ಅನುಭವ ತಿಳಿಯಪಡಿಸಿದೆ.

ಎದೆಗಾಳಿಯ ಸೇರ್ಪಡೆ ಅಸಾಧ್ಯವೆನಿಸಿದಾಗ ಇಲ್ಲವೆ ಅಯೋಗ್ಯವೆನಿಸಿದಾಗ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲದೆ, ವಿಸ್ತೃತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಯೋಗ್ಯ ಸೂಚನೆಗಳಿದ್ದರೆ, ಕ್ಷಯದಿಂದ ನಾಶಹೊಂದಿದ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು ವಿಸ್ತೃತ ವ್ರಣವಿಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸದ ಪರಿಮಿತ ತೆಗೆಯುವಿಕೆಯು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಕ್ರಮಗಳಾಗಿವೆ.

ಹೀಗೆ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆಧುನಿಕ ವಿಧಾನಗಳು (೧) ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವಿಕೆ ಮತ್ತು (೨) ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಎದೆಗೂಡಿನ ತಿದ್ದುಪಾಟುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ.

ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವಿಕೆ

ಈಚಿನ ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ, ಆಧುನಿಕ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಮಾಡಿದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು, ಅರಿವಳಿಕೆಯ ವಿಧಾನಗಳ ಮಹತ್ವದ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು

ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯನ್ನು ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿಟ್ಟು ಉಚ್ಛ್ವಾಸದ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಕೊಳವೆಗಳ ಮೂಲಕ ಸೇವಿಸುವ, ಜ್ಞಾನ ತಪ್ಪಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳು– ಇದರ ಫಲವಾಗಿ ವಿಸ್ತೃತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಇಡಿಯ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಹೊರ ತೆಗೆಯುವುದು ತನ್ನಲ್ಲಿ ಅಡಕವಾದ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿ, ಮುಂದೆ ಪುನರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗೆ ಅಡ್ಡಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ವಿಘ್ನಕಾರಿ ಕ್ರಮವೆಂದು, ಪುಪ್ಪುಸದ ಗೊಂಚಲಿನ ಅಥವಾ ಹಾಲೆಯನ್ನು ತೆಗೆಯುವ ವಿಧಾನ ಚಿಕಿತ್ಸಕರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಜನಪ್ರಿಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಯು. ಎಸ್. ಎಸ್. ಆರ್. ನಲ್ಲಿ ಎನ್. ಎಂ. ಅಮೋಸಾವ್, ಎಲ್. ಕೆ. ಬೋಗುಷ್, ಐ. ಎಸ್. ಕೊಲೆಸಿಂಕೋವ್ ಮತ್ತಿತರರು ಅಂಗಭಾಗಗಳನ್ನು ಹಿತಮಿತವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರ ವಿಧಾನಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಬಳಕೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಹಿತಮಿತವಾದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ ಗೊಂಚಲಿನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಪುಪ್ಪುಸದ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಾವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುವು ದಿಲ್ಲ. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನ ಎದೆಗೂಡಿನ ತಿದ್ದುಪಾಟಿನಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಂತೆ ಯಾವ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆಧುನಿಕ ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಈ ರೀತಿಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಹೆಚ್ಚು ಉಳಿಕೆಯದೂ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ಆಯ್ಕೆ ಯೋಗ್ಯ ವಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಆಶಾದಾಯಕವೂ ಆಗಿದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗವು ದೇಹಾದ್ಯಂತ ಹರಡಿದ ರೋಗವಾದುದರಿಂದ, ರೋಗಿಷ್ಠ ಗೊಂಚಲನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದುಹಾಕಿದಾಕ್ಷಣ ತೀವ್ರ ಚೇತರಿಕೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವು ದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಒಂದು ಗೊಂಚಲನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಿದರೂ ಅಲ್ಲಿ ಹಾಗೆಯೇ ಉಳಿಯ ಬಲ್ಲ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಇರುತ್ತವೆ. ಅವು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಹಂತದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರದಲ್ಲೂ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆಧುನಿಕ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ನಾರಿನಂತಹ ಅಥವಾ ನಾರೆಳೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದ ಪೊಳ್ಳಿನ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಆದುದರಿಂದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪೂರ್ವಭಾವಿಯಾಗಿ ರೋಗ ಹೊಂದಿದ ಮತ್ತು ರೋಗ ಹೊಂದಿರದ ಎರಡೂ ಪುಪ್ಪುಸಗಳನ್ನು ಕೂಲಂಕಷವಾಗಿ ಅಭ್ಯಸಿಸಬೇಕು. ಅದರಲ್ಲಿ ಹಂತದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವೂ ಅತ್ಯಗತ್ಯ.

ಜೀವಾಣುಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಮುಖ್ಯ ವ್ರಣವನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕುವುದರಿಂದ ಅದು ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿನ ರೋಗವು ಗುಣವಾಗಲು ಒದಗಿಸುವ ಯೋಗ್ಯ ಭೂಮಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ಆದುದರಿಂದ ಬೇರೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಫಲದಾಯಕವಾಗದ ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಗೊಂಚಲನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುವ ವಿಧಾನವನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಕ್ಷಯಗಂಟು ಮತ್ತು ದುಂಡಗೆ ನಾರಿನಿಂದ ಆವೃತವಾದ ಗಿಣ್ಣಗೊಂಡ ವ್ರಣವಾದ

ಗಿಣ್ಣಗಂಟು ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಹರಡಿಕೆ ಇರಲಿ ಇಲ್ಲದಿರಲಿ, ಈ ವಿಧಾನವು ಯೋಗ್ಯ.

ಗೊಂಚಲನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಲು ಆಧುನಿಕ ಸೂಚನೆಗಳು ಇಂತಿವೆ :

೧. ಅನುವಳಿಕೆಯ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತಿರುವ ಪುಪ್ಪುಸದ ಕ್ಷಯಗಂಟು.

೨. ಇತರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯದ ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಕ್ಷಯದ ಪೊಳ್ಳು; ಒಂದು ಹಾಲೆಗೆ ಪರಿಮಿತವಾಗಿ ಉಸಿರುನಾಳ ಹೀಚಿ ಉಂಟಾದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಮತ್ತು ದೈತ್ಯಾಕಾರದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು.

೩. ಪ್ರಭಾವಹೀನ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯ ಕ್ರಮದ ಅನಂತರ ಉಳಿದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಉದಾ : ಎದೆಗಾಳಿಯಲ್ಲೂ ಕುಸಿಯದೆ ಉಳಿದ ಪೊಳ್ಳುಗಳು.

೪. ಉಸಿರುನಾಳದ ವ್ರಣ (ಹಾಲೆಯ ಉಸಿರ್ನಾಳ ಕಿರಿದುಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ) ದಿಂದ ಕುಸಿದ ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣಗಳು,

೫. ಪದೇ ಪದೇ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ರಕ್ತಸ್ರಾವ (ಶೀಘ್ರತಮ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮವಾಗಿ) ಪೊಳ್ಳುಗೊಂಡು ಹೀಚಿ, ರೋಗ ಹರಡಿ ಪುಪ್ಪುಸವು ನಾಶವಾಗಿದ್ದರೆ ಇಡೀ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಲು ಮುಖ್ಯ ಸೂಚನೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತೊಂದು ಪುಪ್ಪುಸವು ಚೆನ್ನಾಗಿರಬೇಕು. ಈ ತೆರನಾದ ಸೂಚನೆಗಳು ಮತ್ತು ಹುದುಗಿದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಶರೀರ ಕ್ರಿಯಾ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಅಳೆಯುವಿಕೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವುದು ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ.

ಪುಪ್ಪುಸದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಮುನ್ನ ಮತ್ತು ಅನಂತರ ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ಗೊತ್ತುಪಡಿಸಿದ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಳಗೆ ಕಾಣಿಸಿದ ರೋಗಿಗಳ ಉದಾಹರಣೆಯು ಇದರ ಯೋಗ್ಯ ಚಿತ್ರವನ್ನೊದಗಿಸುತ್ತದೆ.

೧. ರೋಗಿ ಎಂ. ಮಹಿಳೆ. ವಯಸ್ಸು ೩೬. ಪರಂಪರೆ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಯೋಗ್ಯ. ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಗೊಬ್ಬರ ಕಾಣಿಸಿದ್ದಿತು. ೧೭ ನೇ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಉರಿ. ೧೫ ವರುಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದಳು. ೧೯೩೯ ರಲ್ಲಿ ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ. ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸಲಿಲ್ಲ. ೧೯೪೧ ರಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಹರಡಿ ಅನುವಳಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿತು. ಅದೇ ವರುಷ ರೋಗವು ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸಕ್ಕೂ ಹಬ್ಬಿ



ಚಿತ್ರ ೭೧ ಎ : ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೊದಲೆರಡು ಗೊಂಚಲುಗಳಲ್ಲಿನ ಹರಡಿಕೆ ನಾಶಹೊಂದುತ್ತಿರುವುದು



ಚಿತ್ರ ೭೧ ಬಿ : ಅದೇ ರೋಗಿಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಗಳು. ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗೆ ಎದೆಗಾಳಿ

ಅನುವಳಿಕೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಿತು. ೧೯೪೧ ರಿಂದ ೧೯೪೭ ರ ವರೆಗೆ ಕೃತಕ ರೀತಿಯ ಎದೆ ಗಾಳಿಯ ಸೇರ್ಪಡೆ ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ. ಅದು ಪ್ರಭಾವಯುತವಾಗಲಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ ತ್ಯಜಿಸ ಲಾಯಿತು. ೧೯೪೮ ರ ಕೊನೆಯಲ್ಲಿ ದನಿನಾಳದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ಹರಡಿ ಹುಣ್ಣು ಗೋಚರಿಸಿತು. ಮಾಸ್ಕೋ ನಗರದಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ (೩೫ ಗ್ರಾಂ.) ನಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ. ರೋಗವು ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ಮೇಲೆ ಬಿಡುಗಡೆ. ೧೯೪೯ ರಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ಮರುಕಳಿಸಿದ ದನಿ ಪೆಟ್ಟಿ ಗೆಯ ವ್ರಣವನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ (೫ ಗ್ರಾಂ.) ನಿಂದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ. ೧೯೪೮ ರ ನಂತರ ಪ್ರತಿ ವರುಷ ರೋಗವು ಉಲ್ಬಣಿಸುತ್ತದೆ. ೧೯೪೮ ರಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಫ. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ವರುಷ ಕೊಡಮಾಡಿದ ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಪರಿಣಾಮ ನೀಡಿದವು (ಒಟ್ಟು ೯೦ ಗ್ರಾಂ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ೩೫ ಗ್ರಾಂ. ಥೈವಿಜೈಡ್ ಕೊಡಲಾಯಿತು. ೧೯೪೫ ರ ಜೂನ್ ೨೧ ರಂದು ಮಾಸ್ಕೋ ನಗರದ ಕ್ಷಯ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ದಾಖಲಾತಿ. ನಾಶಗೊಂಡ ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ. ರೋಗ ನಿದಾನ : ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ನಾರೆಳೆಯ ಟೊಳ್ಳು ಹೊಂದಿದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಹರಡಿಕೆ (ನಾಶಗೊಂಡ ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸ). ಕ್ಷಯಾಣು +

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿದ ಮೇಲೆ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಅಸಮರ್ಪಕ. ತೊಂದರೆದಾಯಕ ಕೆಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಫ (ಸುಮಾರು ೧೦೦ ಮಿ. ಲೀ.). ದೈಹಿಕ ಸುಸ್ತು, ಜ್ವರ, ಬೆರಳಿನಿಂದ ತಟ್ಟಿದಾಗ ಎಡ ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಂದವಾದ ಶಬ್ದ. ಎದೆದರ್ಶಕದಿಂದ ಆಲಿಸಿದಾಗ ಬಿರುಸಾದ ಉಸಿರು ಶಬ್ದಗಳು ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯ ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲಿ; ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ತೇವದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು. ಬೆನ್ನ ಕಡೆ ಗಂಭೀರವಾದ ಪಿಟಿಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು. ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸ ನಾಶವಾಗಿರುವುದರ ಗೋಚರ (ಚಿತ್ರ ೭೧. ಎ ಮತ್ತು ಬಿ). ರಕ್ತಚಿತ್ರ (ಜೂನ್ ೨೪. ೧೯೫೮) ರಕ್ತವರ್ಣ ೬೦%, ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ೧೦,೦೦೦ ಮಾರಾಮ್ಲ ಕಣಗಳು ೧%, ಕೆಂದು ಕಣಗಳು ೭%, ಪಟ್ಟೆ ಕಣಗಳು ೧%, ಗಂಟುಕಣಗಳು ೬೯%, ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ೧೬%, ಒಂಜೀವ ಕಣಗಳು ೬%, ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೩೦ ಮಿ. ಮೀ. ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಎಳೆಗಳ ಇರುವಿಕೆ.

ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳು ಸಮರ್ಪಕ. ನಾಡಿ ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ ೯೮, ಉಸಿರಾಟ ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ ೧೮, ಸಾಬ್ರಾಜೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ೨೧ ಸೆಕೆಂಡುಗಳು, ಸ್ಟಾಂಗ್ ಪರೀಕ್ಷೆ– ೩೯ ಸೆಕೆಂಡುಗಳು, ಪುಪ್ಪುಸದ ಜೀವಾಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ೧೯೦೦ ಮಿ. ಲೀ. ವಿದ್ಯುತ್ ಹೃದಯ ಚಿತ್ರ : ಬದಲಾವಣೆಯಿಲ್ಲ. ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಮೊದಲು ಆಧಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಆರೋಗ್ಯ ಸೂತ್ರಗಳು, ಆಹಾರ, ರಕ್ತಪೂರೈಕೆ), ಶ್ವಾಸ–ಉಸಿರ್ನಾಳದ ತೊಂದರೆಯಿಂದಾಗಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಬೆನ್ನಿನೊಳಗೆ ಕೊಡುವಿಕೆ.

ಜುಲೈ ೨೭, ೧೯೫೪ ರಂದು ಇಡೀ ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಹಿಂದೆ ಪಕ್ಕದಿಂದ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯ ಲಾಯಿತು. ನಾಭಿಯನ್ನು ಬೇರೆ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಅರಿವಿಳಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದು ದಲ್ಲದೆ ಮದ್ಯಸಾರ– ಪೆಂಟಥಾಲ್ ರಕ್ತನಾಳಾಂತರವಾಗಿ ಕೊಟ್ಟು ಸ್ಮೃತಿ ತಪ್ಪಿಸಲಾಯಿತು. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅನಂತರ ಯಾವ ತೊಡಕೂ ಇಲ್ಲ. ಆಗ ದಿನವೂ ಪುಪ್ಪೊರೆಯೊಳಕ್ಕೆ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ (೦.೨೫ ಗ್ರಾಂ.) ಮತ್ತು ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ (೩೦೦.೦೦೦ ಯು.) ಎರಡು ವಾರಗಳ ಕಾಲ ಕೊಡ ಲಾಯಿತು. ಮೂರನೆಯ ವಾರದಿಂದ ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳನ್ನು ದಿನ ಬಿಟ್ಟು ದಿನ ಕೊಡಲಾ ಯಿತು. ಪುಪ್ಪೊರೆಯೊಳಕ್ಕೆ ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳನ್ನು ಕೊಡುವಾಗಲೇ ಸ್ನಾಯುವಿನೊಳಕ್ಕೆ ಕೊಡಲಾಯಿತು (ಒಟ್ಟು ೩೪.೫ ಗ್ರಾಂ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಅನಂತರ ಕೊಡ ಲಾಯಿತು).

ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಎರಡು ತಿಂಗಳ ನಂತರ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಸಮರ್ಪಕ. ರೋಗಿಯು ಓಡಾಡ ಬಲ್ಲಳು. ಕೆಮ್ಮು ನಿಂತಿದೆ. ಜ್ವರವಿಲ್ಲ. ಮೆಟ್ಟಲು ಹತ್ತುವಾಗ ಇಲ್ಲವೆ ವೇಗವಾಗಿ ನಡೆಯುವಾಗ ಮಾತ್ರ ಉಬ್ಬಸ. ತೂಕ ಬಂದಿದೆ. ರಕ್ತಚಿತ್ರ : ರಕ್ತವರ್ಣ ೬೩%, ಬಿಳ್ಕಣಗಳು ೭೨೦೦, ಕೆಂದು ಕಣಗಳು ೭%, ಪಟ್ಟೆ ಕಣಗಳು ೫%, ಗಂಟು ಕಣಗಳು ೫೦%, ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ೨೮%, ಒಂಜೀವ ಕಣಗಳು ೧೦%. ರ. ತ. ಸೇ. ಘಂಟೆಗೆ ೨೬ ಮಿ. ಮೀ. ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಿಲ್ಲ. ಎದೆಚಿತ್ರವನ್ನು ಚಿತ್ರ ೭೧ ಸಿ ಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆ : ನಾಡಿ ಬಡಿತ ವೇಗವಾಗುವಂತೆ ತೋರಿಕೆ– ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ ೧೨೦, ಉಸಿರಾಟ ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ ೧೬, ಸಾಬ್ರಾಜೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ೧೪ ಸೆಕೆಂಡುಗಳು, ಸ್ಟ್ಯಾಂಗ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ೨೭ ಸೆಕೆಂಡುಗಳು, ಪುಪ್ಪುಸದ ಜೀವಾಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ೧೩೦೦ ಮಿ. ಲೀ. (ಸೆಪ್ಟಂಬರ್ ೨೧, ೧೯೫೪).

ನಿದಾನ : ನಾರೆಳೆಯ ಪೊಳ್ಳು ಕ್ಷಯ ಬಲ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ, ಪ್ರಭಾವರಹಿತ ಸ್ಥಿತಿಯು ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದ ಮೇಲೆ ತೋರಿದೆ.

ನಿರ್ಣಯ : ನಾಶಗೊಂಡ ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದುದರ ಫಲವಾಗಿ ರೋಗಿಯ ಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮಗೊಂಡಿತು.

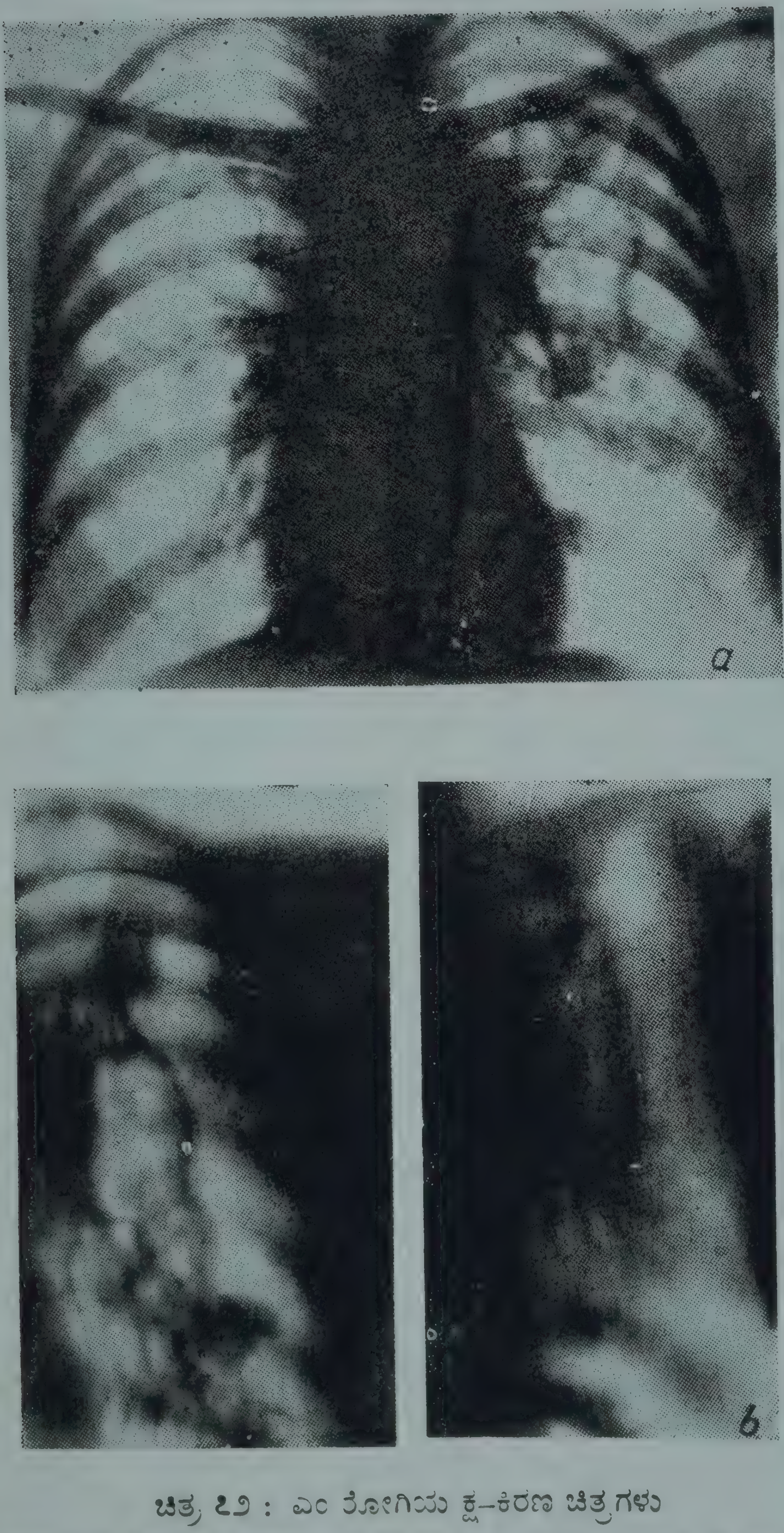
೨. ರೋಗಿ ಕೆ.ವಿ, ಮಹಿಳೆ, ವಯಸ್ಸು ೧೯, ಮನೆತನದಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೋಗವಿಲ್ಲ. ಸಂಪರ್ಕವಿಲ್ಲ. ಸದೃಢವಲ್ಲದ ಮಗು. ಗೊಬ್ಬರ, ಕೆಂಜ್ವರ, ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು, ಗಂಡಮಾಲೆ ರೋಗ ಬಂದಿದ್ದಿತು. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಗಲಗ್ರಂಥಿಯೂತ ಮತ್ತು ಇನ್ಫ್ಲುಯೆಂಜಾ. ೧೯೫೬–೫೭ ರಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಅಸಮರ್ಪಕ, ತುಂಬಾ ಬೇಗ ಸುಸ್ತು, ಜೂನ್ ೧೯೫೮ ರಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಂಡ ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಕ್ಷಯಗಂಟಿನ ಹರಡಿಕೆಯು ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಿತು. ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳು ಪ್ರಭಾವಯುತ ವಾಗಲಿಲ್ಲ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿದಾಗ ರೋಗಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸಮರ್ಪಕ. ತೆಳ್ಳನೆಯ ದೇಹ, ಜ್ವರ, ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಸ್ರಾವದ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಲ್ಲ. ಹೃದಯ ಶಬ್ದಗಳು ಸ್ಪಷ್ಟ. ೨೦–೨೫ ಬಡಿತದ ಅನಂತರ ಮತ್ತೊಂದು ಆಕುಂಚನ. ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಎರಡನೆಯ ಗೊಂಚಲಿನಲ್ಲಿ ನಾಶಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಮೂರು ಕ್ಷಯಗಂಟುಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದವು (ಚಿತ್ರ ೭೨ ಎ ಮತ್ತು ಬಿ). ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣು ಗಳಿಲ್ಲ.

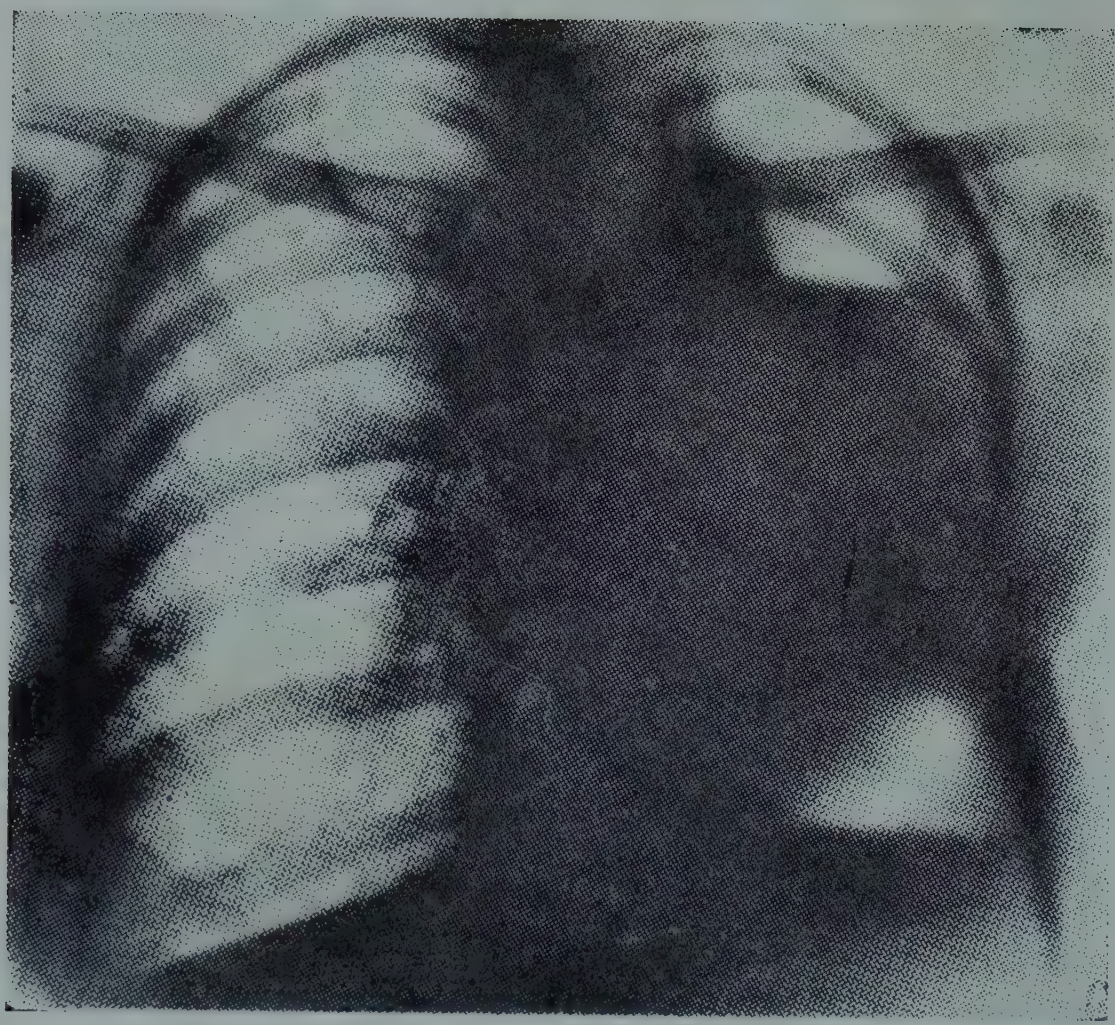
ಸದಾ ಲಕ್ಷ್ಯದಲ್ಲಿರಿಸಿ ಕೈಕೊಂಡ ಔಷಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಫಲಕಾರಿಯಾಗದುದರಿಂದ, ಪುಪ್ಪುಸ ಕಾರ್ಯಗಳು ಸಮರ್ಪಕವೆಂದೆನಿಸಿದುದರಿಂದ ರೋಗಿಯನ್ನು ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರಕ್ಕೆ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸ ಲಾಯಿತು.

ಸೆಪ್ಟಂಬರ್ ೨೧, ೧೯೫೮ ರಂದು ಬಲ ಪುಪ್ಪುಸದ ಎರಡನೆಯ ಗೊಂಚಲನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಲಾಯಿತು. ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರದ ನಂತರ ಯಾವ ತೊಂದರೆಯಿಲ್ಲ. ಪುಪ್ಪುಸ ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ಹಿಗ್ಗಿತು (ಚಿತ್ರ ೭೨ ಸಿ). ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾದ ಒಂದು ತಿಂಗಳೊಳಗೆ ವಪೆಯ ಚಲನೆಯು ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಗೋಚರಿಸಿತು. ನಂಜಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಾಯವಾದುವು. ಅಂತೆಯೇ ಮತ್ತೊಂದು ಆಕುಂಚನವೂ.

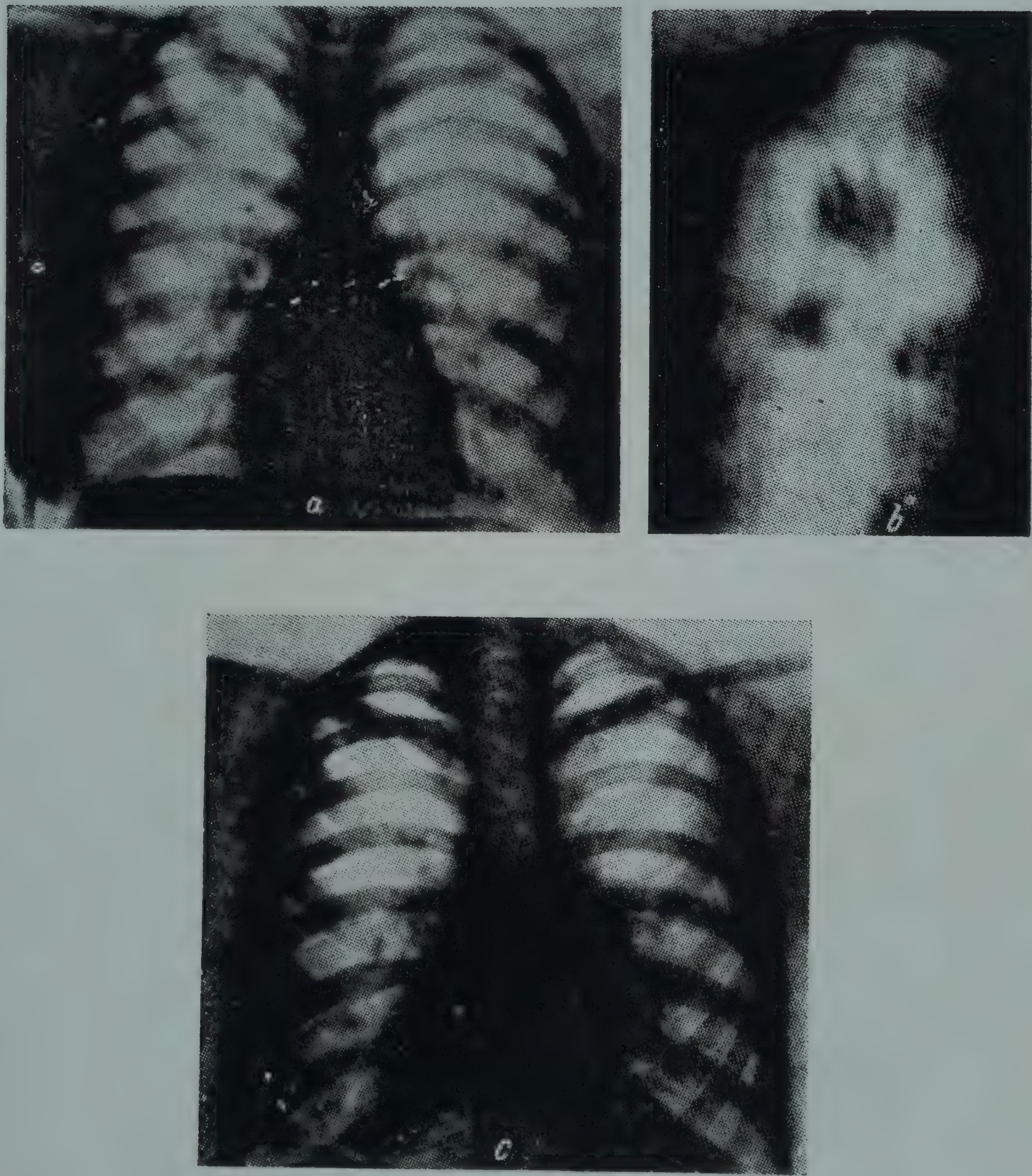
ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ಅನಂತರ ಜೀವಾಣುರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಲಾಯಿತು.



ಚಿತ್ರ ೭೨ : ಎಂ ರೋಗಿಯ ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಗಳು
(ಎ) ನಾರೆಳೆಯಿಂದ ಪೊಳ್ಳಾದ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯ (ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸ ನಾಶಗೊಂಡಿದೆ);
(ಬಿ) ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮೊದಲು ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸದ ಹಂತ ಚಿತ್ರಣ



ಚಿತ್ರ ೭೨ ಸಿ : ಶ್ವಾಸಕೋಶವನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದ ಮೇಲೆ
ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಚಿತ್ರಗಳು


a
b
c

ನಿರ್ಣಯ : ಮೇಲ್ಕಾಣಿಸಿದ ವಿವರಗಳು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯದ ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವುದರ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಸಾರುತ್ತವೆ.

ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಯಶಸ್ವಿ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತೋರಿಸಿದೆ. ಅದರ ಯಶಸ್ಸು ಯೋಗ್ಯ ಸನ್ನಿವೇಶ, ಮಾಡುವ ಕ್ರಮ ಹಾಗೂ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಮೊದಲು ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಸಾವು ಶತಾಂಶ ೧೩ ಅಥವಾ ೧೫, ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದವು. ಇಂದು, ಅದು ೫% ಗೆ ಇಳಿದಿದೆಯೆಂದು ಅನೇಕ ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ. ಎನ್. ಎಂ. ಅಮೋಸೋವ್ ಪ್ರಕಾರ ಅದು ೨.೩೩%. ಗೊಂಚಲನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿದ ನಂತರ ಬಹು ಕಾಲದ ಮೇಲೆ ಉಂಟಾಗುವ ಸಾವು ೧ ರಿಂದ ೩% ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೂ ಕಡಿಮೆ.

ಗೊಂಚಲನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದ ಮೇಲೆ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಪುನರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯು ಕಷ್ಟಕರವಲ್ಲ. ಪುನರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಜನರಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಸೋಂಕು ಹರಡಿಕೆಯ ಮುಖ್ಯ ತಾಣವನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಉಸಿರಾಟ– ರಕ್ತಪರಿಚಲನಾ ಮಂಡಲದ ಮೇಲಿನ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ನೆನಪಿನಲ್ಲಿಡಬೇಕು.

ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು ೫೯.೩ ಯಿಂದ ೯೧.೦೦% ವರೆಗೆ ಇವೆ.

ಈ ರೀತಿಯ ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಅನಂತರದ ದೂರಗಾಮಿ ಪರಿಣಾಮದ ಬಗೆಗಿನ ನಮ್ಮ ಅನುಭವ (ಮಾಸ್ಕೋ ನಗರದ ಕೇಂದ್ರ ಕ್ಷಯರೋಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆ) ದ ಪ್ರತಿರೂಪ ಕೆಳಗಿನ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿದೆ.

ಪಟ್ಟಿ ೪

ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸ ಗೊಂಚಲನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದ ಮೇಲೆ ಉಂಟಾಗುವ ದೂರಗಾಮಿ ಪರಿಣಾಮಗಳು

ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ ಹೊಂದಿದ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಗುಣ ಹೊಂದಿದವರು	ರೋಗದ ಮುಂದುವರಿಕೆ	ಯಾವ ವಿವರವಿಲ್ಲ	ಸಾವು
೪೮೦	೪೩೭	೧೫	೨೫	೩
೧೦೦%	೯೧%	೩.೧%	೫.೨%	೦.೬%

ಕಾಲ ಕಳೆದ ಮೇಲೆಯೇ (ಕನಿಷ್ಠ ಪಕ್ಷ ೩ ವರುಷ) ರೋಗದಿಂದ ಗುಣ ಹೊಂದಿದುದರ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳಬಹುದು. ೧೯೫೪ ರಲ್ಲಿ, ಝಡ್. ಎ. ಕಿಸೆಲ್ಯಾವಾ

ಪ್ರಕಾರ ೬೮% ರೋಗಿಗಳು ಪುನರ್ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯನ್ನು ಪಡೆದರು. ಇಂದು ದೊರೆಯುವ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ತೇಜಕವಾಗಿವೆ.

ಪುಪ್ಪುಸದ ಮೇಲೆ ಇತರ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು– ಹರಿಗಾಲುವೆ, ಪೊಳ್ಳಿನ ತೆರೆದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ– ಪೊಳ್ಳನ್ನು ಹೊರಕ್ಕೆ ಸಂಪರ್ಕಗೊಳಿಸುವುದು– ಇಂದು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇಂದು ಒಳ್ಳೆಯ ವಿಧಾನಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳ ಬಳಕೆಯಿಲ್ಲ.

ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ
ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗೆ ಎದೆಗಾಳಿ

ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಮಾಡುವ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗೆ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದು ತುಂಬಾ ಯೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ಗಾಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವಂತಹದು. ಕಾರ್ಯಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಮೇಲೆ ಯಾವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮವೂ ಉಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಪುಪ್ಪುಸದ ಜೀವಾಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಮತ್ತು ಅದರ ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವುದಿಲ್ಲ. ಪುಪ್ಪುಸದ ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯಿಂದುಂಟಾಗುವ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ದೋಷವು ಕೂಡಲೇ ಸರಿಪಡುವುದು. ಪುಪ್ಪುಸದ ವ್ರಣದ ಮೇಲಿರುವ ಎದೆಗೂಡಿನ ಪುಪ್ಪೊರೆಯನ್ನು ಎಬ್ಬಿ ಅಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯ ಕೋಶವುಂಟಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಮೂರು ಮತ್ತು ನಾಲ್ಕನೆಯ ಪಕ್ಕೆಲಬನ್ನು ಇಲ್ಲವೆ ಇನ್ನೊಂದು ಪಕ್ಕೆಲುಬನ್ನು ಬೆನ್ನುಹುರಿಯ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಚರ್ಮ ಕೊಯ್ದು, ಕತ್ತರಿಸಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯನ್ನು ಎತ್ತಲಾಗುವುದು. ಬಹು ಹುಷಾರಿಯಿಂದ ಚೂಪಿಲ್ಲದ ಅಲಗಿನಿಂದ ಎದೆಗೂಡ ಪುಪ್ಪೊರೆಯನ್ನು ಬಿಡಿಸಲಾಗುವುದು. ಇದರ ಫಲವಾಗಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗೆ ಕೋಶವೊಂದು ನಿರ್ಮಾಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಒಸರಿಕೆಯನ್ನು ಪದೇ ಪದೇ ಎಳೆದು ಹೊರಹಾಕಲಾಗುವುದು. ಆ ಕೋಶದೊಳಕ್ಕೆ ಪದೇ ಪದೇ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಲಾಗುವುದು. ಈ ರೀತಿಯ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತಡದ ಕೆಳಗೆ ಎರಡು ಮೂರು ವರುಷಗಳ ಕಾಲ ಇಡಬೇಕು. ಆ ಸಮಯವನ್ನು ಮೂಲದಲ್ಲಿದ್ದ ವ್ರಣದ ವಿಸ್ತಾರವು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು (ಚಿತ್ರ ೭೩ ಎ ಮತ್ತು ಬಿ). ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಕಡೆ ಗಾಳಿಯಲ್ಲದೆ ಸೋಂಕಿಲ್ಲದ ವ್ಯಾಸಲೀನ್ ಎಣ್ಣೆ (ಎಣ್ಣೆಯ ಎದೆ) ಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುವುದು.

ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಮಾಡಿದ ಕುಸಿತ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ೧೮೯೧ ರಲ್ಲಿ ಟಪ್ಪೀರ್ ಮೊದಲು ಕೈಕೊಂಡ. ಕಳೆದ ಮೂವತ್ತು ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಅದು ಹೆಚ್ಚು ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿದೆ. ಈ ಮಹತ್ವದ ವಿಧಾನದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಅದರ

ಉಪಯೋಗವು ರಷ್ಯಾದಲ್ಲಿ ಎನ್. ಜಿ. ಸ್ಟೊಟ್ಯಕೋರಿಂದ ಉಂಟಾಯಿತು. ಯೋಗ್ಯ ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಕೆಳಗೆ, ಪುನರಪಿ ತುಂಬುವುದನ್ನು ಬಿಟ್ಟಾಗ ಪುಪ್ಫುಸ ಹೀಚುವುದು ಈ ವಿಧಾನದ ಮುಖ್ಯ ಲಾಭ.

ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗೆ ಎದೆಗಾಳಿಯ ಕ್ರಮವನ್ನು, ಪುಪ್ಪೊರೆಯೊಳಗೆ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯ ನಿರ್ಮಾಣವು ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ತಡೆಗಳಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಾಗದಾದಾಗ ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚು ರಕ್ತಸ್ರಾವವುಂಟಾದಾಗಲೂ ಬಳಸಬಹುದು. ಆಗಲೂ ಕೃತಕ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಮಧ್ಯ ದಲ್ಲಿರುವ ಪೊಳ್ಳುಗಳು, ಮೇಲಿನ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿನ ಪೊಳ್ಳುಗಳು ಮತ್ತು ಆ ಪೊಳ್ಳು ಗಳು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಕುಸಿದು ಮುಚ್ಚದಿದ್ದರೆ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಕುಸಿತದ ಕಾರ್ಯ ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಈ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಲಾಭ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ರಷ್ಯಾದ ಟಿ. ಎನ್. ಕ್ರುಶ್ಚೋವಾ ರ ಪ್ರಕಾರ ಅದು ೬೦ ರಿಂದ ೭೦% ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಗುಣಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಎದೆಗೂಡಿನ ರಿಪೇರಿ

ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನ ಎದೆಗಾಳಿಯು ಬಳಸುವ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹಂತ ಹಂತ ವಾಗಿ ಶೃಂಗದಲ್ಲಿನ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಎದೆಗೂಡಿನ ರಿಪೇರಿಯನ್ನು ಸಹ ಕೈಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಪುಪ್ಪೊರೆಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸೇರಿಕೊಂಡು, ಎದೆಗೂಡಿನ ಪುಪ್ಪೊರೆಯನ್ನು ಬಿಡಿಸಲಸಾಧ್ಯವಾದಾಗ, ೫–೭ ಪಕ್ಕೆಲುಬುಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಎದೆ ಗೂಡಿನ ರಿಪೇರಿ ಕೈಕೊಳ್ಳುವುದು ಹೆಚ್ಚು ಸೂಕ್ತ. ಇಡೀ ಎದೆಗೂಡಿನ ರಿಪೇರಿಯ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಇಂದು ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಿಳಿಕೆಯ ಕ್ರಮದಿಂದ ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ಶೃಂಗದಲ್ಲಿನ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಎದೆಗೂಡಿನ ರಿಪೇರಿಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಕ್ಷಯರೋಗದ ರೀತಿ ಮತ್ತು ವಿಸ್ತಾರವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ, ಕತ್ತರಿಸಬೇಕಾದ ಪಕ್ಕೆಲುಬುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುವುದು. ಈ ರೀತಿಯ ಶಸ್ತ್ರವಿಧಾನದಲ್ಲಿ, ಎದೆಗೂಡಿನ ನ್ಯೂನತೆಗಳು ಮತ್ತು ಕುಸಿದ ಪುಪ್ಫುಸದ ಗೊಂಚಲು ಕುಗ್ಗಿಹೋಗುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾದುದರಿಂದ, ಅದನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ಪಕ್ಕದ ಪುಪ್ಫುಸದ ಕಾರ್ಯ ಮತ್ತು ಅದರ ಉಸಿರಾಟದ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಅಳೆಯಬೇಕು.

ಹೆಚ್ಚು ಒರಟಾಗದೆ, ಪೊಳ್ಳು ಮಾತ್ರ ಹೊಂದಿದ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಆಯ್ದರೆ, ಈ

ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಸಮರ್ಪಕವಾದ ದೂರಗಾಮೀ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು. ೫೦ ರಿಂದ ೭೦% ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ಗುಣಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿಯು ಜ್ವರವನ್ನು ಹೊಂದದಿರುವ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳುವುದು ಉತ್ತಮ. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನ ಎದೆಗಾಳಿ ಮತ್ತು ಎದೆಗೂಡಿನ ರಿಪೇರಿ ಇವುಗಳನ್ನು ಸಂಯೋಜಿತ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ತೆರೆಯ ಕೆಳಗೆ ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಥೈವಿಜೈಡ್‌ಗಳನ್ನು ದಿನವೂ ಒಂದು ಗ್ರಾಂ. ನಂತೆ ಕೊಟ್ಟು, ಅನಂತರ ಥೈವಿಜೈಡ್ ಮತ್ತು ದಿನವೂ ೧೨ ಗ್ರಾಂ. ಪಾಸ್ ಕೊಡಬೇಕು.

ಕವಚ ತೆಗೆಯುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪೊರೆಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುವಿಕೆ

ಸಂರಕ್ಷಕ ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯದ ತೊಡಕೊಂದನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸಕನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಎದುರಿಸುತ್ತಾನೆ. ಅದು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಕೀವಿನ ಫಲವಾಗಿ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಒಳ ಮತ್ತು ಹೊರ ಮೈ ಚಿಪ್ಪಿನಂತಾಗಿರುವುದೇ ಆಗಿದೆ. ಆ ತೊಡಕುಗಳು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪುಪ್ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಭೀಕರವಾದ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯವನ್ನು (ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಉರಿತ) ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪುಪ್ಪುಸ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪೊರೆಯೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕನಾಳ ತೋರಬಹುದು. ಇಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಅಗತ್ಯವೆನಿಸಿದಾಗ, ಕವಚ ತೆಗೆಯುವ (ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಮೈಯಿಂದ ನಾರಿನಂತೆ ಬೆಳೆದ ಭಾಗ) ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪೊರೆಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುವ (ಇಡೀ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಚೀಲವನ್ನು ತೆಗೆಯುವಿಕೆ) ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅದರೊಟ್ಟಿಗೆ ರೋಗ ಹೊಂದಿದ ಗೊಂಚಲನ್ನು ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುವುದು. ಸಂರಕ್ಷಕ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯದ ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅದು ದೇಹದ ವಿವಿಧ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಪಿಷ್ಟ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಸಂಚಯನವನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವುದು. ಈಗ ಸೂಚಿಸಿದ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಪುನಃಸ್ಥಾಪಕವೆಂದು ಕರೆಯಲಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಚಿಪ್ಪಿನಂತಹ ಕವಚವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದುಹಾಕಿದ ಮೇಲೆ ಪುಪ್ಪುಸದ ಕಾರ್ಯವು ಅಂಶತಃ ಸುಧಾರಿಸುತ್ತದೆ. ಪುಪ್ಪುಸವು ಅಧಿಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಜರುಗುತ್ತಿದ್ದಂತೆಯೇ ಅದು ಹೀಚುವುದು.

—

ಅಧ್ಯಾಯ ೧೬

ತೀವ್ರ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವಿಧಾನಗಳು, ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿಗನುಗುಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಟ್ಯುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ರಕ್ತಕಫ ಮತ್ತು ರಕ್ತಸ್ರಾವ

ಕ್ಷಯದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ, ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಉಳಿದು ನಾರಿನಿಂದ ಪೊಳ್ಳಾದ ಕ್ಷಯ, ಒಣಗಿ, ಉಸಿರುನಾಳಗಳು ಹಿಂಚಿದಾಗ ಮತ್ತು ಕಿರಿಯ ರಕ್ತ ಪರಿಚಲನೆಯ ಚಕ್ರದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಟ್ಟಾದಾಗ ರಕ್ತದ ಎಳೆಗಳು ಮತ್ತು ರಕ್ತಕರಣೆಗಳು ಕಫದಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ತೆರನಾದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ, ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ಯಾವ ತೊಡಕುಗಳೂ ಕಾಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಕೆಲವು ಬಾರಿ ರಕ್ತದ ಎಳೆಗಳು ಕಫದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಿದ ಮೇಲೆ ರಕ್ತಕಫ ಮತ್ತು ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಕಾಣಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ದೊಡ್ಡ ರಕ್ತನಾಳವು ಒಡೆದಾಗ ಮಾರಕ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ತೋರಿ ಬರುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಗೆ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಸಹಾಯವು ದೊರೆಯದಿದ್ದರೆ, ಕರಣೆಗೊಂಡ ರಕ್ತವು ಉಸಿರಾಟಮಂಡಲವನ್ನು ಮುಟ್ಟಿ ಉಸಿರುಗಟ್ಟಿ ಸಾವನ್ನುಂಟುಮಾಡಬಹುದು.

ಕಫದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ರಕ್ತವು ಗೋಚರಿಸಿದರೆ, ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯು ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡು, ಬ್ರೋಮೈಡ್ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಇರುವ ಔಷಧಗಳನ್ನು (ರಕ್ತಕರಣೆಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಗೆ ಚಾಲನೆ ನೀಡುವ) ಸೇವಿಸಿದರೆ ಸಾಕು.

℞
ನೈಟ್ರೋಬ್ರೋಮೈಡ್ ಮಿಶ್ರಣ ೬.೦ × ೨೦೦.೦
ಒಂದು ದೊಡ್ಡ ಚಮಚೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಮೂರು ಬಾರಿ.

℞
ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಕ್ಲೋರೈಡ್ ೧೦% ಮಿಶ್ರಣ– ೨೦೦.೦
ಒಂದು ದೊಡ್ಡ ಚಮಚೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಮೂರು–ನಾಲ್ಕು ಬಾರಿ.

℞
ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಗ್ಲುಕೋನೇಟ್ ೦.೦
ಪುಡಿಯ ಒಂದು ಪಾಕೀಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಮೂರು ಬಾರಿ

ರೋಗದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ, ಅವರು ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಇರುವ ರೀತಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವವನ್ನು ಕೊಟ್ಟು, ಅದರಿಂದ ಕಫವನ್ನು ಹೊರ ತೆಗೆಯಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಬೇಕು. ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತಕಫದ ಭಯವನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಬೇಕು. ಮಾನಸಿಕ ಉಲ್ಲಾಸ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದುದು.

ಕಿರಿಯ ರಕ್ತಪರಿಚಲನೆಯ ಚಕ್ರದಲ್ಲಿನ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿ ರಕ್ತದ ಪುನರ್ ಹಂಚಿಕೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಕಾಲುಗಳಿಗೆ ಒಂದೊಂದು ಘಂಟೆ ಕಾಲ ರಬ್ಬರ್ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಒತ್ತಿ ಕಟ್ಟಬೇಕು. ಇದರೊಡನೆ ಕರ್ಪೂರ ತೈಲ ೨೦%, ೨ ಗ್ರಾಂ. ಮತ್ತು ೫೦೦ ರಿಂದ ೬೦೦ ಮಿ.ಲೀ. ಆಮ್ಲ ಜನಕವನ್ನು ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚಬೇಕು.

ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗಿ ಅದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗ ದಾಗ, ಕೃತಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ರೋಗಿಷ್ಠ ಪುಪ್ಪುಸ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸ ಬೇಕು. ಪುಪ್ಪೊರೆಗಳು ಸೇರ್ಪಡೆ ಹೊಂದಿಹೋಗಿ ಅದು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಕರುಳ್ಪೊರೆಯೊಳಗೆ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಬೇಕು. ರಕ್ತ ಸೇರಿಕೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲು ಅದೇ ಗುಂಪಿನ ರಕ್ತ ಪೂರೈಕೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದು ಸೂಕ್ತ (೧೦೦ ರಿಂದ ೨೦೦ ಮಿ. ಲೀ.). ಇತರ ವಸ್ತುಗಳು ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಸೇರಿ ಉರಿತವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ಭಯವಿರುವ ಕಾರಣ ಕೆಮ್ಮಿನ ಪರಾವರ್ತನ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತಗ್ಗಿಸುವ ಔಷಧ (ಮಾರ್ಫೀನ್, ಪಾಂಟೋಪಾನ್) ಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲ. ತೀರ ಅಸಾಧ್ಯ ವಾದ ಕೆಮ್ಮಿನಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಅವುಗಳನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು.

ಮೊದಲಿನ ಎರಡು–ಮೂರು ದಿನಗಳು ರೋಗಿಗೆ ದ್ರವಾಹಾರ ಮತ್ತು ಗಂಜಿ ಯನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕೊಡಬೇಕು. ಅದರೊಡನೆ ಹಣ್ಣಿನ ರಸ ಮತ್ತು ಮಾಂಸದ ಜೆಲ್ಲಿ ಕೊಡಬಹುದು. ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ ಹೊಸ ರಕ್ತ ಬರುವುದು ನಿಲುಗಡೆ ಯಾದಾಗ, ಆಹಾರವನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಬದಲಿಸಬಹುದು. ಆಗ ಹಾಲುಕೀರು, ತಿಳಿ ಸಾರು, ಮಾಂಸದ ರಸ, ಬೇಯಿಸಿದ ತತ್ತಿ ಮತ್ತು ಬೇಯಿಸಿದ ಸೇಬು ಹಣ್ಣು ಕೊಡಬಹುದು. ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಅಸ್ಕಾರ್ಬಿಕ್ ಆಮ್ಲವನ್ನು ೦.೨ ರಿಂದ ೦.೩ ಗ್ರಾಮ್‌ನಂತೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು-ಮೂರು ಬಾರಿ ಮಿಶ್ರ ಮಾಡಬೇಕು. ಕಫದಲ್ಲಿ ರಕ್ತದಂಶವು ಕಂಡುಬರುವುದು ನಿಂತಾಗ ರೋಗಿಗೆ ದೈನಂದಿನ ಆಹಾರವನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು. ಬಿಸಿಯಾದ ಆಹಾರ ವನ್ನು ಕೊಡಬಹುದಲ್ಲದೆ ಸುಡುತ್ತಿರುವುದನ್ನಲ್ಲ.

ರಕ್ತಸ್ರಾವವು ಪೊಳ್ಳಿನಿಂದ ನಿಲುಗಡೆಯಾಗದೆ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿದ್ದು, ಅದನ್ನು ಕುಸಿಯುವಿಕೆಯ ಕ್ರಮದಿಂದ ನಿಲ್ಲಿಸಲಾಗದಿದ್ದರೆ, ಶಸ್ತ್ರೋಪಚಾರ ಅಗತ್ಯ. ಆಗ ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಶ್ವಾಸಕೋಶವನ್ನು ಕುಸಿಯುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು

ಇಲ್ಲವೆ ಪೊಳ್ಳುಗೂಡಿದ ಗೋಂಚಲು ಅಥವಾ ಹಾಲೆಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕು. ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವು ಅನಂತರ ಯಾವ ತೊಡಕೂ ಗೋಚರಿಸದಂತೆ ನಿಂತುಹೋಗುತ್ತದೆ. ಇನ್ನು ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಎಳೆದ ಪುಪ್ಪುರಿತ ಉಂಟಾಗಿ, ಅದರ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ದೆಶೆಯಲ್ಲಿ ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪುಪ್ಪುರಿತದಂತೆಯೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಆಗ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ (೬೦೦,೦೦೦ ಯುನಿಟ್ ಎರಡು ಬಾರಿ) ಮತ್ತು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ (೧,೦೦೦,೦೦೦ ಯುನಿಟ್) ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಕರ್ಪೂರದಿಂದ ಹೃದಯ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು.

ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡಿದ ನಂತರ, ರೋಗದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲಾಗುವುದು.

ಏಕಾಏಕಿಯಾಗಿ ಎದೆಗಾಳಿ

ಏಕಾಏಕಿಯಾಗಿ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅನಂತರ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ರಂಧ್ರವಾಗಿ (ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ಸೂಜಿಯಿಂದ ರಂಧ್ರ) ಉದ್ಭವಿಸುವ ಏಕಾಏಕಿಯಾದ ಎದೆಗಾಳಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು, ಅದರ ವಿಧವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಮುಚ್ಚಿದ ಎದೆಗಾಳಿ ಗೋಚರಿಸಿದರೆ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪೊರೆ-ಪುಪ್ಪುಸದ ಸಂಪರ್ಕವು ಕಾರ್ಯ ಮಾಡುತ್ತಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ನಿಧಾನ ಗತಿಯ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು.

ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ತುಂಬ ದೊಡ್ಡದಾದ ರಂಧ್ರವಿದ್ದು ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವನ್ನುಂಟುಮಾಡಿದ ಎದೆಗಾಳಿ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ನೀರ್ಗಟ್ಟಿ ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವುಂಟಾದರೆ, ಎದೆಗಾಳಿಯ ಉಪಕರಣದಿಂದ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಎದೆಗಾಳಿಯನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದು ಕೋಶದಲ್ಲಿನ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಶೂನ್ಯ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಕೆಳಮಟ್ಟಕ್ಕಿಳಿಸಬೇಕು. ಇದು ಯೋಗ್ಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನೀಡದಿದ್ದರೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಸ್ಥಿತಿಯು ಚಿಂತಾಜನಕವಾಗುತ್ತ ಸಾಗಿದರೆ, ಟಿಟಾರೆಂಕೋ ವಿಧದ ವಿದ್ಯುತ್ ಹೀರಕದಿಂದಾಗಲೀ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ನೀರು ಹಾಯುವ ಪಂಪಿನಿಂದಾಗಲೀ ಗಾಳಿಯನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಹೊರತೆಗೆಯಬೇಕು. ಇದೂ ಫಲದಾಯಕವಾಗದಿದ್ದರೆ ದಬ್ಬಣದ ಸಹಾಯದಿಂದ ನೀಳ ನಳಿಗೆಯನ್ನು ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಿ, ಆ ನಳಿಗೆಯನ್ನು ಹೀರಕಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಿ, ನಿರಂತರವಾಗಿ ೨-೩ ದಿನಗಳು ಗಾಳಿಯನ್ನು ಹೊರಕ್ಕೆಳೆಯಬೇಕು. ಅನೇಕ ಕಡೆ, ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಕೋಶವನ್ನು ಮುಚ್ಚುವಂತೆ ಮಾಡಲು ೫ ಹನಿ ಐಯೊಡೀನ್ ಟಿಂಕ್ಚರನ್ನು ೩ ಮಿ.ಲೀ. ೪೦% ದ್ರಾಕ್ಷಾಸಕ್ಕರೆಯಲ್ಲಿ ಮಿಶ್ರ ಮಾಡಿ, ಅದನ್ನು ಸೂಜಿ ಅಥವಾ ನಳಿಗೆಯ ಮೂಲಕ ಕೋಶದೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಬೇಕು.

ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಪುಪ್ಪುಸದ ಗೊಂಚಲನ್ನು ಅಥವಾ ಹಾಲೆಯನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಕತ್ತರಿಸಿಹಾಕಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿಗನುಗುಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಅನೇಕ ಬಾರಿ, ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳು ಕೆಮ್ಮಿನಿಂದ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕೆಮ್ಮನ್ನು ಸುಲಭಗೊಳಿಸಲು 'ವೈದ್ಯರು ಶಿಸ್ತುಗೊಳಿಸಿದ ಕೆಮ್ಮಿ'ನ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕೆಮ್ಮನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿತಗೊಳಿಸುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತಾಳಿಕೊಳ್ಳುವ ಮನೋಭಾವನೆಯನ್ನು ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಸಬೇಕು. ಕೆಮ್ಮಿ ಉಗಿಯಬಾರದು. ಕಫವನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಹೊರತರಲು ಕ್ಷಾರ ಲವಣಗಳನ್ನು (ಉದಾ : ಬೊರ್ಜೊಮ್) ಅದೇ ಪ್ರಮಾಣದ ಹಾಲಿನಲ್ಲಿ ಬೆರೆಸಿ ಕುಡಿಯಬೇಕು.

ಕೆಮ್ಮನ್ನು ಶಮನಗೊಳಿಸಲು ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದಾದ ಔಷಧಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಡೀನ್ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

℞

ಕೊಡೀನ್ ಫಾಸ್ಫೇಟ್ ೦.೦೧೫ (೦.೦೨)
ಸಕ್ಕರೆ ೦.೩
ಪುಡಿಯ ಒಂದು ಪಾಕೀಟು ದಿನಕ್ಕೆ
ಒಂದು ಸಲದಿಂದ ಮೂರು ಸಲ.

ಕೊಡೀನ್ (೦.೦೧೫–೦.೦೨) ಫಲವನ್ನು ನೀಡದಿದ್ದರೆ ಡೈಯೋನಿನ್ (೦.೦೧೫) ನ್ನು ಬಳಸಬೇಕು.

ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಇತರ ದೈಹಿಕ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ನಂಜು ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಮುಂದೆ ಸೂಚಿಸಿದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ : (೧) ಜೀವಾಣುರೋಧಕಗಳು ಮತ್ತು (೨) ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ವಾಯು ಸೇವನೆ !). ಅಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಜ್ವರ ಮತ್ತು ಬೆವರುವಿಕೆ ದೂರವಾಗುತ್ತವೆ. ತುಂಬ ಉಲ್ಬಣ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಯಾವ ಫಲವನ್ನೂ ನೀಡದಿರಬಹುದು.

ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವೈಯಕ್ತಿಕ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಕ್ಷಯರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಈ ಅಂಶವು ಜ್ವರವಿದ್ದ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದು, ನೀರು ಮತ್ತು ಯೂ–ಡಿ–ಕೋಲೋನ್‌ನಿಂದ

ಸ್ಪಂಜ್ ಮಾಡುವುದು, ಆ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ನೀಡುವುದು.

ದೈಹಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳಾದ ಹಸಿವು ಮತ್ತು ನಿದ್ದೆ– ಇವು ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತವಾದರೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೂತ್ರಗಳ ಪಾಲನೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು. ಈ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗದೆ ಹಾಗೆಯೇ ಉಳಿದರೆ ಶಮನಕಾರಿ ಔಷಧಿ (ಬ್ರೊಮುರಾಲ್, ಮೆಡಿನಾಲ್, ಅಡಾಲಿನ್) ಗಳನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು.

ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಕ್ಷಯರೋಗಿಯ ಮೇಲೆ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಬೀರುವ ಪ್ರಭಾವದ ಅಳತೆಗೋಲಿನಿಂದ, ಅದನ್ನು ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ವಸ್ತುವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು. ಪದೇ ಪದೇ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್‌ನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕೊಡಮಾಡಿದರೆ, ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್‌ಗೆ ಮಣಿಯದಿರುವ ಶಕ್ತಿಯು ಲಭಿಸಿ, ತನ್ಮೂಲಕ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ವಿಸರ್ಜಿಸುವ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ತುಂಬ ತೀಕ್ಷ್ಣವಾದ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚರ್ಮದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ ಬಳಸಬಹುದು. ಆಗ ಪದೇ ಪದೇ ಎದೆಚಿತ್ರ, ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಎದೆ ಪರೀಕ್ಷೆ (ಕಾಳಜಿಯಿಂದ ಎದೆಯನ್ನು ಆಲಿಸುವುದು) ರಕ್ತ (ರಕ್ತ ಚಿತ್ರ ಮತ್ತು ರ. ತ. ಸೇ.) ದೈಹಿಕ ಉಷ್ಣತೆ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ತೂಕವನ್ನು ನೋಡುತ್ತಿರಬೇಕು. ರೋಗವು ಗುಣ ಹೊಂದುವ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಿದ್ದಲ್ಲಿ, ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೊಡನೆ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಕೊಡಮಾಡಿದಾಗ ಅದು ಜೀವಾಣುಗಳ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲ ತೀಕ್ಷ್ಣವಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳಿದ್ದಾಗ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರಗೆ ರೋಗವು ಹರಡಿದಾಗ ಮತ್ತು ರಕ್ತಕಫದಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು ಕೊಡಬಾರದು.

ಸಾರವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿದ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ದ್ರವವನ್ನು ಮುಂದಿನ ಪಟ್ಟಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಸಿದ್ಧಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಸಾರ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿದ, ಕಾಕ್‌ರ ಹಳೆಯ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ (ಓ. ಟಿ.)

ಸಂಖ್ಯೆ	ಅಳ್ಳಕ ಮಾಡಿದ ಪ್ರಮಾಣ	ಪರಿಶುದ್ಧ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಪ್ರಮಾಣ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ.	
		೧ ಮಿ. ಲೀ. ನ ಪೂರ್ಣ ಸಿರಿಂಜ್‌ನಲ್ಲಿ	೧ ಮಿ. ಲೀ. ನ ಸಿರಿಂಜಿನ ಒಂದು ಗೆರೆಯಲ್ಲಿ
೦	ಪರಿಶುದ್ಧ ಓ. ಟಿ.	೧೦೦೦	೧೦೦
೧	೧/೧೦೦	೧೦೦	೧೦
೨	೧/೧೦೦೦	೧೦	೧
೩	೧/೧೦೦೦೦	೧	೧/೧೦
೪	೧/೧೦೦೦೦೦	೧/೧೦	೧/೧೦೦
೫	೧/೧೦೦೦೦೦೦	೦/೧೦೦	೧/೧೦೦೦
೬	೧/೧೦೦೦೦೦೦೦	೧/೧೦೦೦	೧/೧೦೦೦೦
೭	೧/೧೦೦೦೦೦೦೦೦	೧/೧೦೦೦೦	೧/೧೦೦೦೦೦
೮	೧/೧೦೦೦೦೦೦೦೦೦	೧/೧೦೦೦೦೦	೧/೧೦೦೦೦೦೦
೯	೧/೧೦೦೦೦೦೦೦೦೦೦	೧/೧೦೦೦೦೦೦	೧/೧೦೦೦೦೦೦೦
೧೦	೧/೧೦೦೦೦೦೦೦೦೦೦೦	೧/೧೦೦೦೦೦೦೦	೧/೧೦೦೦೦೦೦೦೦
೧೧	೧/೧೦೦೦೦೦೦೦೦೦೦೦೦	೧/೧೦೦೦೦೦೦೦೦	೧/೧೦೦೦೦೦೦೦೦೦

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಗುವುದು. ಪ್ರತಿ ೪–೫ ದಿನಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಇಂಜೆಕ್ಶನ್ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಪ್ರತಿ ಬಾರಿ ಕೊಡುವಾಗಲೂ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಒಂದು ಮಿ. ಲೀ. ನ ೧/೧೦ ಅಂಶದಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತಹೋಗಲಾಗುವುದು. ಯಾವುದೇ ತೆರನಾದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ (ಜ್ವರ) ಯನ್ನು ದೂರ ಮಾಡಬೇಕು. ದೇಹಾದ್ಯಂತ ತೀವ್ರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದರೆ ಟುಬರ್‌ಕುಲಿನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕು. ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಆ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಾಯವಾದ ಮೇಲೆ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಿಂದ ಚುಚ್ಚುವಿಕೆಯನ್ನು ಮತ್ತೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸದೆ ಮುಂದುವರಿಸಬೇಕು. ಆ ಅವಧಿ ಅನೇಕ ತಿಂಗಳು ಆಗುತ್ತದೆ. ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ ಅವಧಿಯನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಬೇಕು.

—

ಅನುಬಂಧ

ಅನುಬಂಧ

ಚೇತರಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಉಳಿದು

ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ರೀತಿ	ಕಾರ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ
೧. ಸಂಪೂರ್ಣ ಎ) ಎಲ್ಲ ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬಿ) ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಮುರುಟಿಹೋದ ರೂಪ	ಸಾಮಾನ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಯಾವ ವ್ಯತ್ಯಾಸವೂ ಇಲ್ಲ ಹೆಚ್ಚು ಹೊಂದಾಣಿಕೆ
೨. ಯಾವುದೇ ತೆರನಾದ ಕಾರ್ಯವ್ಯತ್ಯಯವಿಲ್ಲದೆ ಹಿಂದೆ ಬಿಟ್ಟುಹೋದ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳು	ಸಾಮಾನ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಬದಲಾವಣೆಯಿಲ್ಲ ಪೂರಕ ಶಕ್ತಿ ಸಮರ್ಪಕ
೩. ಸಾಧಾರಣಮಟ್ಟಿಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣ ಶಕ್ತಿಯು ಹೀನತೆ. ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ಟ್ಟ್ಯಯಗಳ ಉಳಿವಿಕೆ ಅ =	ಹಿಂದೆ ಬಿಟ್ಟುಹೋದ ಕುರುಹುಗಳನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ

೧

ತೋರುವ ರೋಗದ ಕುರುಹುಗಳು

ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಎದೆಚಿತ್ರದ ಮೂಲಕ ಗೋಚರಿಸುವ ವಿವರ	ಮರಳಿ ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ	ಹಿಂಬಾಲಿಸುವಿಕೆ
ಯಾವುದೇ ತೆರನಾದ ರೋಗದ ಕುರುಹು ಉಳಿದಿರುವುದಿಲ್ಲ	ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ	ನಿರೋಧ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ದೇಹ ಪೋಷಣೆ
೧. ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಬಿರುಸಾಗಿ ಸುಣ್ಣವಾಗುವಿಕೆ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಪ್ರದೇಶಗಳು ೨. ಪರಿಮಿತ ಕುರುಹುಗಳು (ಕೋಶಹೊಂದಿದ, ಗಟ್ಟಿಯಾದ, ಸುಣ್ಣವಾದ) ೩. ಪುಪ್ಪೊರೆಯ ಸೇರಿಕೆ	ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ	ಆಗಾಗ್ಗೆ ರೋಗದ ಕುರುಹಿನ ಪರೀಕ್ಷೆ ಎದೆಚಿತ್ರದ ವೀಕ್ಷಣೆ ಕನಿಷ್ಟ ೨ ವರುಷಗಳ ಕಾಲ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಂಗಳಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷೆ
೧. ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ನಾಶಹೊಂದಿದ ವ್ರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸ ನಾರಿನಂತೆ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿರುವಿಕೆ ೨. ಬಿರುಸಾಗಿ ಉಸಿರುನಾಳಗಳ ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆ ೩. ಸಾಧಾರಣ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆ	ಕೆಲಮಟ್ಟಿಗೆ	ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯದಲ್ಲಿ ಮೂರು ವರುಷಗಳ ವರೆಗೆ ಹಿಂಬಾಲಿಸಬೇಕು

ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ರೀತಿ	ಕಾರ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ
೪. ಕ್ಷಯರೋಗದ ಅವಲಂಬೇನೆಗಳು	ಕಾರ್ಯಶಕ್ತಿಯು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಕುಂಠಿತಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ. ನರದೌರ್ಬಲ್ಯ ಸಾಧ್ಯವಾಗದ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ
೫. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅನಂತರ ಗುಣ ಹೊಂದುವುದು ಅ) ಸಂರಕ್ಷಕ ಬ) ಆಮೂಲವಾದ	೧. ಕಡಿಮೆಯಾಗದ ಕಾರ್ಯಶಕ್ತಿ ೨. ಕಡಿಮೆಯಾದ ಕಾರ್ಯಶಕ್ತಿ

ಸೂಚನೆ ೧. ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡ ಎಲ್ಲ ತೆರನಾದ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಾದುದು- ಜೀವಾಣುಗಳಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ.

೨. ನಂಜಿನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ

ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಎದೆಚಿತ್ರದ ಮೂಲಕ ಗೋಚರಿಸುವ ವಿವರ	ಮರಳಿ ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ	ಹಿಂಬಾಲಿಸುವಿಕೆ
೧. ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಬಿರುಸಾದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ೨. ಒರಟಾದ ಪುಪ್ಪುಸ (ಉಸಿರುನಾಳದ ಹಿಚುವಿಕೆ) ೩. ನಾರಿನಂತಾದ ಪುಪ್ಪುಸ ೪. ಜೊತೆಗೆ ತೋರುವ ಗಾಳಿಯುಬ್ಬಟೆ ೫. ಹೃದಯ – ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯ ಅಸಮರ್ಥತೆ	ತುಂಬಾ ಪರಿಮಿತ ಇಲ್ಲವೆ ಎಷ್ಟೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗದ	ಯೋಗ್ಯ ತೆರನಾಗಿ ಹಿಂಬಾಲಿಸುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ
೧. ಎದೆಯಲ್ಲಿ ನ್ಯೂನತೆಯಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಹೊರನೋಟಕ್ಕೆ ಎದೆಯ ಅಂಗಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲ. ೨. ಎದೆಯಲ್ಲಿ ನ್ಯೂನತೆ. ಹಿಂದಕ್ಕೆಳೆಯಲ್ಪಟ್ಟ ಪುಪ್ಪುಸ. ಮಧ್ಯ ತಡಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ಅಂಗಗಳು ಸ್ಥಳ ಪಲ್ಲಟಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ	ಎಷ್ಟೂ ಇಲ್ಲ ಅಥವಾ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರಿಮಿತವಾದ. ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತ	ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳ ಮೂಲಕ ಕನಿಷ್ಟ ೨ ವರುಷಗಳ ಕಾಲ ಹಿಂಬಾಲಿಸುವುದು. ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳ ಮೂಲಕ ಕನಿಷ್ಟ ೩ ರಿಂದ ೫ ವರುಷಗಳ ಕಾಲ ಹಿಂಬಾಲಿಸುವುದು.

೩. ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರಗೆ ಕ್ಷಯರೋಗದ ವ್ರಣವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ

೪. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಉಳಿಸಿಹೋದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು– ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ರೀತಿ (ಪಟ್ಟಿ ೧ ರಿಂದ ೪)

ಅನುಬಂಧ ೨

ಔಷಧದ ವಿರುದ್ಧ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಅಜೇಯತ್ವ

(ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. / ಮಿ. ಲೀ. ಸಾರದ್ರವ್ಯ)

	ಥೈವಿಜೈಡ್ (ಟ್ಯುಬಾಜೈಡ್)	ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್	ಪಾಸ್	ಇಥೈಯೋನೇಮೈಡ್	ಸೈಕ್ಲೋಸೀರಿನ್	ಕಾನಾಮೈಸಿನ್
ಕ್ಷಯ ರೋಗ ತಜ್ಞರ ೫ ನೇ ಸಮ್ಮೇಳನ	೧ ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು	೫ ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು	೧೦			
ಕೇಂದ್ರ ಕ್ಷಯ ರೋಗ ಸಂಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಮಾಸ್ಕೋ ಮಧ್ಯವರ್ತಿ ಕ್ಷಯದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	೧	೧೦	೧೦	೧೦	೧೦	೧೦
ಕ್ಷಯ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯಸಚಿವ ಶಾಖೆ,ರಶ್ಯಾ ಫೆಡರೇಶನ್	೧ ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು	೧೦	೧೦			
ಕ್ಷಯ ಸಂಸ್ಥೆ, ಲೆನಿನ್ ಗ್ರಾಡ್	೫	೧೦				
ಪಾಶ್ಚರ್ ಸಂಸ್ಥೆ,						
ಅ) ರಿಸ್ಟ್	೦.೧–೨	೨–೪	೦.೨೫–೦.೫	೧೦–೨೦	೧೫–೨೦	೧೦–೧೫
ಬ) ಕೋಲೆಟ್‌ಸಾಸ್	೦.೫	೫	೦.೫		೨೦	
ಜಾಗತಿಕ ಪರೀಕ್ಷಾ ಪ್ರಮಾಣ	೦.೨–೧	೪–೮	೧			
ಜೆಕೊಸ್ಲೊವೇಕಿಯ	೦.೨	೧೦	೦.೨೫			
ಪೋಲೆಂಡ್	೦.೨	೧೦				
ಎಫ್.ಆರ್.ಜಿ. (ಮೀಸ್ನರ್)	೦.೧	೪–೮	೦.೫–೧	೫		

ಸೂಚನೆ : ೧. ಐ. ಎನ್. ಎಚ್. ನ್ನು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಮತ್ತು ನಿಧಾನವಾಗಿ ನಿಸ್ಸಾರಗೊಳಿಸುವವರಲ್ಲಿ, ಔಷಧದ ವಿರುದ್ಧ ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಅಜೇಯತ್ವ ೦.೫ ರಿಂದ ೫ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ./ಮಿ. ಲೀ. ನಷ್ಟು ವ್ಯತ್ಯಾಸ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್‌ನಂತೆ ಪರೀಕ್ಷಾ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿ ಅದನ್ನು ಟ್ಯೂಬಾಜೈಡ್‌ನ ಮೈ. ಗ್ರಾಂ. ಎಂದು ಹೇಳಬೇಕು.

೨. ಎರಡು ಅಂಕಿಗಳು (ರಿಸ್ಟ್ ಪ್ರಕಾರ)– ಬೆಳೆಯಲ್ಪಟ್ಟ ಸಮುದಾಯದ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ

೩. ಪಾಸ್‌ನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಏರುಪೇರು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಪಾಸ್‌ನ ಅಜೇಯುತ್ವವನ್ನು ಅದರ ಪರಿಶುದ್ಧ ಆಮ್ಲದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದೆ ನಿರ್ಧರಿಸುವುದೇ ಆಗಿದೆ.

೪. ಅನೇಕ ವಿದೇಶೀಯ ಪ್ರಯೋಗಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಜೇಯುತ್ವವನ್ನು ಲೊವೆನ್‌ಸ್ಟೀನ್–ಜೆನ್‌ಸನ್‌ರ ಸಾರದ್ರವ್ಯವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುವುದು. ಅಲ್ಲಿ ೦.೦೦೦೦೧ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಗಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಲ್ಲದ ಮತ್ತು ೦.೦೦೧ ಮಿ. ಗ್ರಾಂ. ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿಲ್ಲದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ತಳಿ ಮಾಡಲು ಬಳಸಲಾಗುವುದು.

—

ಒ ಪ್ಪೋ ಲೆ

ಪುಟ	ಸಾಲು	ತಪ್ಪು	ಒಪ್ಪು
೪	೨೭	ಒಂದು	ಒಬ್ಬ
೧೩	೧೧	ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಂ	ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ
೨೦	೨೧	ಜೀವಸ್ಪುಕರಣ	ಜೀವಸ್ತುಕರಣ
೨೬	೨೫	ಬಾಕಿ	ಬಾರಿ
೩೬	೧೪	ಉರಿಟಾಗಿ	ಉಂಟಾಗಿ
೪೨	೬	ವೊಳೆಯು	ಮೂಳೆಯು
೪೬	೨	ಎದುರಿಸಲು	ವಿವರಿಸಲು
೫೧	೩	ದೈಹಿಕ ಕ್ರಮ	ದೈಹಿಕ ಶ್ರಮ
೫೭	೨	ಭಿತ್ತಿಯು	ನಾಭಿಯು
೬೮	೨೪	ದೇಲೆ	ಮೇಲೆ
೮೪	೮	ರತ್ತದ	ರಕ್ತದ
೮೫	೧೦	ಇಲ್ಲದಿದ್ದದ ಪ್ತಸಂಗದಲ್ಲಿ	ಇಲ್ಲದಿದ್ದ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ
೧೨೩	೧೦	ಶಕ್ತವಾದ	ಶಕ್ತನಾದ
೧೪೨	೨೦	ನಾಳಗೊಳ್ಳು	ನಾಶಗೊಳ್ಳು
೧೪೩	೧೪	ಆಗೋವಾಗಿ	ಅಗೋಚರವಾಗಿ
೧೫೨	೧೭	ಸೆಳೆದುಕೆದುಳ್ಳುತ್ತದೆ	ಸೆಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ
೧೫೯	೭	ಹಿಂತಿರುಗುದಿಕೆ	ಹಿಂತಿರುಗುವಿಕೆ
೧೭೪	೨೨	ದೇಲೆ	ಮೇಲೆ
೨೧೧	೧೧	ಹ್ಯೂರೀನ್‌ನ	ಪ್ಯೂರೀನ್‌ನ
೨೧೪	೧೨	ಇತರ	ಇದರ

೨೧೮	೨೧	೧ ೦೦ ೦೦೦	೧ ೦೦೦ ೦೦೦
೨೪೯	೧	ಸೂಚಿಸುವ	ಸೂಚಿಸುವ೧
೨೫೨	೨೪	೦.೧%	೧.೧%
೨೫೩	೨೭	೧೬೭೭	೧೬೭೨
೨೬೯	೯	ಮುಟ್ಟಿ	ಮುಚ್ಚಿ
೨೬೯	೧೮	೦.೦	೧.೦

—